



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TESIS DOCTORAL

Título
Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social
Autor/es
Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo
Director/es
Esther Raya Díez
Facultad
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Titulación
Departamento
Derecho
Curso Académico



Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social, tesis doctoral de Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo, dirigida por Esther Raya Díez (publicada por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor
© Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2021
publicaciones.unirioja.es
E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DESDE
LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL

Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo

Tesis Doctoral dirigida por:

Esther Raya Diez.

PROGRAMA DE DOCTORADO EN DERECHO Y CAMBIO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Gracias, el presente trabajo no puede comenzar de otra manera. Agradecimiento es la emoción que me ha acompañado en este periodo. Sumada a la incertidumbre, a la alegría y al agotamiento emocional de muchos momentos. A pesar de que la tesis doctoral es un trabajo realizado fundamentalmente, en soledad no me he sentido sola ni un solo día, más bien, me he sentido profundamente acompañada por las personas con las que he tenido el placer de compartir este periodo.

Gracias, a mis hijas, mis maestras, que me enseñan cada día a ser mejor persona y avanzar en la intensa tarea de ser madre. Como digo estamos aprendiendo juntas.

A Eduardo, compañero, espejo, apoyo incondicional, luchador incansable. Gracias por respetar mi cansancio, trabajo de fines de semana y por aportar cordura ante tanta emoción.

Gracias a my brother, a Eneritz y a mis sobris, por estar ahí, faltan palabras para expresar mi gratitud.

A mis padres, mi familia en general por haber colaborado en ser quien soy y por lo que he podido aprender de la vida vivida. A mis suegros, mis segundos padres. A todos de corazón, gracias.

A mis abuelos, especialmente a mis abuelas Divina y Sinda, por dedicarme tiempo, paciencia, escucha y haberme dado la posibilidad de amar a las personas mayores, referentes y guías en mi vida.

A mi directora, tutora, compañera y amiga Esther. Gracias por las horas de escucha, de apoyo, de resolución de dudas, de manejo de inseguridades y miedos y también, por esa paciencia en la revisión de las diferentes versiones del trabajo.

A mis compañeras y mi compañero del área de Trabajo Social. A la directora de estudios, Neus Caparrós por aportar calidez, cercanía y comprensión; y, hacerme saber que siempre está ahí. A Domingo Carbonero, compañero de fatigas, por darme buenos consejos y transmitirme que la tesis doctoral es un baño de humildad. ¡Qué cierto es! Cecilia Serrano, calma y movimiento, viento y agua, siempre con la palabra adecuada, gracias. Al resto de compañeras, Ana Vega, Divina Sáenz, Carmen Ruidíaz, Irene Aceña, Sofía Montenegro, que cada día han contribuido a tejer las relaciones de esta pequeña gran comunidad. Todas personas brillantes, a todas gracias. A Sagrario Anaut por facilitar la estancia en su departamento, por la ayuda en la clarificación y por su orientación certera.

En definitiva, gracias a toda el área de Trabajo Social por haberme llevado de la mano desde el primer día, con una sonrisa y haberme ayudado a encontrar mi *Ikigai*.

A mis compañeras del Gobierno de La Rioja, con las que he compartido batallas profesionales durante más de 18 años, Susana Marín (CPA Autol), Esther Sáenz (CPA Calahorra), María Dolores Domínguez y Charo Las Heras (CPA de Arnedo), Susana Zabala (Servicio de Personas Mayores), Raquel Alvero (CPA Zona Sur), Aintzane Calzacorta (CPA Manzanera), en definitiva, a todas las trabajadoras sociales y directoras de los Centros de Participación quienes compartimos la pasión y un profundo respeto a las personas mayores.

Especialmente a los dos centros donde he pasado unos años importantes de mi vida, CPAS de Calahorra y Autol. A todos los compañeros y compañeras de los distintos servicios, cafetería, conserjería, centros de día y limpieza entre otros. En concreto, y especialmente, a todas las personas mayores a las que he podido acompañar y me han transmitido la inquietud por aprender y por mejorar mi forma de trabajar día a día.

Gracias a las profesionales que han colaborado en las entrevistas, a las personas expertas que han aportado su contribución al ámbito del envejecimiento y que confían en que esto del Trabajo Social con las personas mayores es algo importante. Al Ayuntamiento de Logroño, Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, Sociedad gerontológica de la Rioja, Universidad de La Rioja, Universidad Pública de Navarra, Servicio Riojano de Salud, Servicio de Personas Mayores del Gobierno de La Rioja y del Gobierno de Navarra. Este trabajo ha sido posible gracias a la implicación de todas y cada una de las personas que he tenido la suerte de tener a mi lado en este camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	17
--------------	----

BLOQUE I: CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y NORMATIVO

CAPÍTULO 1:	26
1.1. ESCENARIO INTERNACIONAL DEMOGRÁFICO	26
1.2. ESCENARIO EUROPEO DEMOGRÁFICO	29
1.3. ESCENARIO DEMOGRÁFICO NACIONAL	31
CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO INTERNACIONAL, EUROPEO Y NACIONAL	36
2.1. PERSPECTIVA INTERNACIONAL: DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS DE EDAD	36
2.1.1. Instrumentos internacionales de Derechos Humanos vinculados con personas mayores del siglo XX	37
2.1.2. Instrumentos internacionales de Derechos Humanos vinculados con personas mayores SXXI	43
2.1.3. Procedimientos Especiales	52
2.2. PERSPECTIVA EUROPEA EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO	54
2.3. PERSPECTIVA NACIONAL Y AUTONÓMICA	63
2.4. HACIA UNA CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	70

BLOQUE II: MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 3: ENVEJECIMIENTO ACTIVO	74
3.1. TEORÍAS PSICOSOCIALES DE ENVEJECIMIENTO	74
3.2. EVOLUCIÓN DEL PARADIGMA DE ENVEJECIMIENTO	78
3.3. APROXIMACIONES POLÍTICA Y CIENTÍFICA AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	83
3.3.1. Componente político del concepto de Envejecimiento Activo	84
3.3.2. Componente científico del concepto de Envejecimiento Activo	87
3.4. PRINCIPIOS DEL EA	94
3.5. EVALUACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	96
CAPÍTULO 4. TRABAJO SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO	100
4.1. DEFINICIÓN Y OBJETO	100
4.2. OBJETIVOS	103
4.3. FUNCIONES	106

4.4.	PRINCIPIOS	109
4.5.	ÁMBITOS Y NIVELES	114
4.6.	TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO	118

BLOQUE III_ PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 5: ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	128
5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	128
5.2. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	129
5.2.1. Fuentes primarias	132
5.2.1.1. Entrevistas semiestructuradas con informantes clave profesionales	132
5.2.1.2. Entrevistas semiestructuradas con personas mayores	135
5.2.1.3. Entrevistas semiestructuradas a personas expertas	137
5.2.2. Análisis de fuentes primarias	138
5.2.3. Fuentes secundarias	142
5.2.3.1. Estudio de la bibliografía especializada	142
5.2.3.2. Revisión de estrategias y planes de Envejecimiento Activo nacional y autonómico	144

CAPÍTULO 6 : ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE TRABAJO SOCIAL	146
6.1. VINCULACIÓN ENTRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y TRABAJO SOCIAL	148
6.2. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL	150
6.2.1. Objetivos del Trabajo Social relacionados con determinantes del entorno social	151
6.2.2. Objetivos del Trabajo Social relacionados con determinantes de sanidad y servicios sociales	153
6.2.3. Objetivos del Trabajo Social relacionados con determinantes económicos	155
6.2.4. Objetivos del Trabajo Social relacionados con factores del entorno físico	154
6.2.5. Objetivos del Trabajo Social relacionados con factores personales y conductuales	156
6.2.6. Objetivos del Trabajo Social relacionados con género y cultura	156
6.2.7. Otras cuestiones relativas a los determinantes	157
6.3. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL VINCULADAS AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	157
6.4. PRINCIPIOS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y DEL TRABAJO SOCIAL	161
6.5. NIVELES DE ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO	165
6.6. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN	167
6.6.1. Envejecimiento Activo y Trabajo Social en Salud	168
6.6.2. Envejecimiento Activo y Trabajo Social en el sistema de Servicios Sociales	170
6.6.3. Envejecimiento Activo y Trabajo Social en Educación	175
6.7. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS	180
6.7.1. Envejecimiento Activo, participación y voluntariado	180
6.7.2. Envejecimiento Activo y participación en acciones intergeneracionales	183

6.7.3. Envejecimiento Activo, participación en otros programas de intervención social	186
6.8. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DESDE EL TRABAJO SOCIAL	188

CAPÍTULO 7. ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ESPAÑA	194
7.1. ESCENARIO NACIONAL Y AUTONÓMICO DEL ENVEJECIMIENTO	195
7.2. ESTRATEGIAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	200
7.2.1. Líneas estratégicas de Envejecimiento Activo	200
7.2.2. Principios de las estrategias de Envejecimiento Activo	203
7.2.3. Medidas de las estrategias de Envejecimiento Activo	206
7.2.3.1. Línea estratégica relativa al Empleo	207
7.2.3.2. Línea estratégica relativa a la Participación Social	209
7.2.3.3. Línea estratégica relativa a la Vida Saludable y el Entorno	211
7.2.3.4. Línea estratégica relativa a la Igualdad de oportunidades	213
7.2.3.5. Línea estratégica relativa a la Prevención de malos tratos y abusos a personas mayores	215
7.2.3.6. Líneas recogidas en estrategias autonómicas que no aparecen como líneas en la Estrategia Nacional	217
7.3. OTRAS ACTUACIONES EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO	218
7.3.1. Comunidades Autónomas con planes vigentes para personas mayores	219
7.3.2. Comunidades Autónomas sin planes de Envejecimiento Activo ni de personas mayores	222

CAPÍTULO 8 : ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LOS DISCURSOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL	226
8.1. ESCENARIO PERCIBIDO DE INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL	226
8.1.1. Discursos profesionales acerca de sus objetivos	226
8.1.1.1. Objetivos promocionales	229
8.1.1.2. Objetivos preventivos	235
8.1.1.3. Objetivos asistenciales	237
8.1.1.4. Consideraciones generales	240
8.1.2. Discursos de las profesionales acerca de sus funciones	242
8.1.2.1. Función de atención directa	244
8.1.2.2. Función de Promoción e Inserción Social	246
8.1.2.3. Función Gerencial	250
8.1.2.4. Función de Prevención	252
8.1.2.5. Función de Coordinación	254
8.1.2.6. Función de Planificación	255
8.1.2.7. Función de Evaluación	256
8.1.2.8. Función de Investigación	259
8.1.2.9. Función de Docencia	260
8.1.2.10. Función de Supervisión	260

8.1.2.11.	Función de Mediación	261
8.1.2.12.	Consideraciones generales	262
8.1.3.	Discursos de las profesionales acerca de los niveles de intervención	267
8.1.3.1.	Trabajo Social individual, familiar	268
8.1.3.2.	Trabajo Social Grupal	270
8.1.3.3.	Trabajo Social Comunitario	272
8.1.3.4.	Consideraciones generales	274
8.1.4.	Discursos de las profesionales acerca de los servicios y/o programas	275
8.1.4.1.	Servicios de promoción de la autonomía personal	277
8.1.4.2.	Servicios de apoyo a las personas cuidadoras	279
8.1.4.3.	Servicios de atención a las personas en situación de dependencia	280
8.1.4.4.	Servicios de promoción de la participación social	283
8.1.4.5.	Consideraciones generales	286
8.1.5.	Discursos de las profesionales acerca de los principios	289
8.2.	DISCURSOS RELACIONADOS CON EL ESCENARIO IDEAL DE INTERVENCIÓN	297
8.2.1.	Discursos acerca de las propuestas en el escenario ideal	297
8.2.1.1.	Escenario ideal: políticas sociales	298
8.2.1.2.	Escenario ideal: recursos sociales	299
8.2.1.3.	Escenario ideal: profesionales	303
8.2.1.4.	Consideraciones generales	305
8.2.2.	Discursos relativos a las causas de las diferencias entre el escenario ideal de intervención y el percibido	306
8.2.2.1.	Causas externas	307
8.2.2.2.	Causas internas	309
8.2.2.3.	Consideraciones generales relacionadas con las causas de las diferencias entre ambos escenarios	310
8.3.	DISCURSOS DE LAS PROFESIONALES EN RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES: NECESIDADES Y PERFILES	311
8.3.1.	Discursos relacionados con la percepción de necesidades de las personas mayores	311
8.3.2.	Discursos relacionados con la percepción del cambio de perfil de las personas mayores	316
8.4.	CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL DISCURSO PROFESIONAL	323
8.4.1.	Constructo teórico del concepto de Envejecimiento Activo	323
8.4.2.	Sistemas que promueven el Envejecimiento Activo	331
8.5.	PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS MAYORES: DEBILIDADES, FORTALEZAS Y RETOS.	336
8.5.1.	Discursos acerca de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades	336
8.5.1.1.	Debilidades y amenazas del Trabajo Social con personas mayores	337
8.5.1.2.	Fortalezas y oportunidades del Trabajo Social con personas mayores	340
8.5.1.3.	Consideraciones generales	342
8.5.2.	Retos del Trabajo Social vinculados a personas mayores	343
8.5.2.1.	Retos vinculados con el Trabajo Social	344
8.5.2.2.	Retos vinculados con las personas mayores	346

8.5.2.3. Consideraciones generales	348
CAPÍTULO 9 : TENDENCIAS DE FUTURO	350
9.1. ESCENARIO PERCIBIDO	350
9.2. POLÍTICAS SOCIALES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES: ESTRATEGIAS DE ENVEJECIMIENTO	351
9.3. PERCEPCIÓN SOBRE LAS PERSONAS MAYORES: CAMBIOS Y NECESIDADES	353
9.4. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL	359
BLOQUE IV: CONCLUSIONES FINALES	
CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS	366
10.1. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	368
10.2. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL CONTRASTE DE HIPÓTESIS	372
10.3. CONCLUSIONES SOBRE POLITICAS Y PROGRAMAS DE ENVEJECIMIENTO	375
10.4. LIMITACIONES Y APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	378
10.5. PROPUESTAS	379
REFERENCIAS	382
ANEXOS	410

Índice de Figuras

Figura 1: Visión del Decenio del Envejecimiento Saludable y vinculación con ODS.....	51
Figura 2: Índice de Envejecimiento Activo: dominios e indicadores	60
Figura 3: Pilares de un marco político para el EA	80
Figura 4: Relación entre los diferentes conceptos	81
Figura 5: Determinantes del EA	87
Figura 6: Modelo multidimensional-multinivel de EA de Fernández Ballesteros (2009).....	93
Figura 7: Niveles de Intervención en TS	116
Figura 8: Nube de palabras vinculada a objetivos profesionales	227
Figura 9: Mapa jerárquico de la categoría <i>objetivos</i>	241
Figura 10: Nube de palabras vinculada a <i>funciones profesionales</i>	243
Figura 11: Mapa jerárquico de la categoría <i>funciones</i>	263
Figura 12: Nube de palabras de la categoría <i>niveles de intervención</i>	267
Figura 13: Nube de palabras de la categoría <i>servicios y/ programas</i>	276
Figura 14: Mapa jerárquico de la categoría <i>servicios y programas dirigidos a las personas mayores</i>	287
Figura 15: Nube de palabras de la categoría <i>Principios profesionales</i>	290
Figura 16: Mapa jerárquico categoría <i>principios profesionales</i>	296
Figura 17: Nube de palabras de la categoría <i>Escenario Ideal</i>	297
Figura 18: Mapa jerárquico de la categoría <i>Escenario Ideal</i>	305
Figura 19: Nube de palabras de los <i>elementos causales de las diferencias entre el escenario percibido y el ideal</i>	307
Figura 20: Mapa jerárquico de la categoría <i>causas de las diferencias entre escenario percibido y el ideal</i>	310
Figura 21: Nube de palabras de la categoría <i>necesidades de las personas mayores</i>	312
Figura 22: Mapa jerárquico de la categoría <i>necesidades de las personas mayores</i>	316
Figura 23: Nube de palabras vinculada a <i>cambios en el perfil de las personas mayores</i>	318
Figura 24: Mapa jerárquico de la categoría <i>cambio en el perfil de personas mayores</i>	322
Figura 25. Nube de palabras conceptualización de Envejecimiento Activo.....	324
Figura 26: Mapa jerárquico categoría <i>Envejecimiento Activo</i>	330

Figura 27: Nube de palabras de la categoría <i>sistemas desde los que promover el Envejecimiento Activo</i>	331
Figura 28: Mapa jerárquico de la categoría <i>ámbitos desde los que promover el Envejecimiento Activo</i>	334
Figura 29: Nube de palabras de la categoría del DAFO del TS con personas mayores	336
Figura 30: Mapa jerárquico categoría <i>análisis DAFO del TS con personas mayores</i>	342
Figura 31: Nube de palabras de la categoría <i>retos del TS con personas mayores</i>	343

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con personas mayores en el siglo XX	38
Cuadro 2: Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991).....	40
Cuadro 3: Derechos recogidos en la Observación General nº 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad.....	42
Cuadro 4: Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con personas mayores en el SXXI.....	44
Cuadro 5: Líneas prioritarias y cuestiones principales de Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.....	45
Cuadro 6: Observación General nº 27: Recomendaciones específicas a los Estados para abordar la discriminación contra la mujer de edad	47
Cuadro 7: ODS y referencia a las personas de edad	48
Cuadro 8: “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”. Propuestas	50
Cuadro 9: Hitos de protección a las personas mayores.....	55
Cuadro 10: Hitos europeos vinculados con Envejecimiento Activo	56
Cuadro 11: Orientaciones para el EA y la solidaridad intergeneracional (2012): Áreas y subáreas	57
Cuadro 12: Descripción de los dominios del AAI y los correspondientes indicadores.....	59
Cuadro 13: Normativa de La Rioja dirigida específicamente a personas mayores (1998-2020) .	67
Cuadro 14: Rasgos principales de la teoría psicosocial de la desvinculación	76

Cuadro 15: Rasgos principales de la teoría psicosocial de la actividad.....	77
Cuadro 16: Resumen de diferentes términos, objetivos, beneficiarios y principal crítica.....	81
Cuadro 17: Objetivos y subobjetivos por niveles del EA	84
Cuadro 18: Hitos relativos al EA	85
Cuadro 19: Rasgos diferenciadores concepción EA: OMS y UE.....	86
Cuadro 20: Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales	89
Cuadro 21: Determinantes relacionados con el entorno físico	90
Cuadro 22: Determinantes relacionados con el entorno social.....	91
Cuadro 23: Determinantes económicos	91
Cuadro 24: Principios y características del EA, autores y descripción.....	95
Cuadro 25: Características de los objetivos de las intervenciones asistencialista- prestacional.	104
Cuadro 26: Características de los objetivos de las intervenciones autonomista- promocional ..	105
Cuadro 27: Funciones profesionales de titulados en TS.....	108
Cuadro 28: Evolución de los Principios Éticos del TS.....	111
Cuadro 29: Principios profesionales y descripción (FITS, 2018).....	113
Cuadro 30: TS de casos, grupal y comunitario	117
Cuadro 31: Principios políticos para promover el bienestar de adultos mayores	123
Cuadro 32: Perfil de las profesionales entrevistadas	134
Cuadro 33: Perfil de las personas mayores entrevistadas	135
Cuadro 34: Relación de personas expertas entrevistadas	138
Cuadro 35: Resultados de la codificación por familias, códigos finales y número de estos	140
Cuadro 36: Vinculación de los determinantes del <i>entorno social</i> y objetivos profesionales	152
Cuadro 37: Vinculación de los determinantes <i>sanidad y servicios sociales</i> y objetivos profesionales	154
Cuadro 38: Vinculación de los determinantes <i>económicos</i> y objetivos profesionales	155
Cuadro 39: Funciones del TS y vinculación con el EA.....	159
Cuadro 40: Vinculación Principios de EA y Principios del TS.....	162
Cuadro 41: EA en los niveles de intervención del TS	165
Cuadro 42: TS y EA en el sistema de salud.....	168
Cuadro 43: TS y EA en el sistema de servicios sociales	172
Cuadro 44: TS y EA en el ámbito educativo	176

Cuadro 45: TS y EA, participación y voluntariado.....	181
Cuadro 46: TS y EA, acciones intergeneracionales.....	184
Cuadro 47: TS y EA y otros programas de intervención social.....	186
Cuadro 48: Orientaciones metodológicas generales.....	188
Cuadro 49: Orientaciones metodológicas para la promoción de EA desde la perspectiva del TS	189
Cuadro 50: Relación de Estrategias de EA de España.....	197
Cuadro 51: CCAA con planes de personas mayores vigentes que carecen en el título de la denominación de EA.....	198
Cuadro 52: Relación de Libros Blancos de EA de España.....	199
Cuadro 53: Líneas de actuación de Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021.....	200
Cuadro 54: Líneas de actuación de las estrategias autonómicas de EA	201
Cuadro 55: Principios comunes de las estrategias de EA.....	204
Cuadro 56: Medidas de la línea <i>Empleo</i> en las estrategias autonómicas.....	207
Cuadro 57: Medidas de la línea <i>Participación social</i> en las estrategias autonómicas.....	209
Cuadro 58: Medidas de la línea <i>Vida saludable y Entorno</i> en las estrategias autonómicas	211
Cuadro 59: Medidas de la línea <i>Igualdad de oportunidades</i> en las estrategias autonómicas.....	214
Cuadro 60: Medidas de la línea <i>Prevención del maltrato y abusos</i> en las estrategias autonómicas	216
Cuadro 61: Principios, consideraciones y valores de los planes y estrategias de personas mayores que carecen en su título del término EA.....	219
Cuadro 62: Líneas estratégicas de los planes y estrategias de personas mayores que carecen en su título del término EA	221
Cuadro 63: Presencia del término EA en planes y estrategias de personas mayores que carecen en su título del término EA.....	222

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total, 2020.....	26
Gráfico 2: Porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total, proyección para el 2050 ...	27
Gráfico 3: Esperanza de vida al nacer, años 2015-2020.....	28

Gráfico 4: Esperanza de vida al nacer, años 2050-2055	28
Gráfico 5: Incremento de la proporción de la población mayor de 65 años o más sobre el total entre 2009-2019	29
Gráfico 6: Mediana de edad de la población 2009-2019	30
Gráfico 7: Pirámides de población EU-27, 2019 y 2100	31
Gráfico 8: Pirámide de población de La Rioja. 1 de enero de 2018	33
Gráfico 9: Índice de Envejecimiento Activo en Europa, 2018	60
Gráfico 10: Índice de Envejecimiento Activo, cambios 2010-2018.....	61

Índice de Tablas

Tabla 1: Proporción de personas mayores de diferentes edades.....	32
Tabla 2: Referencias bibliográficas seleccionadas	144
Tabla 3: Presencia de los discursos de los objetivos profesionales atendiendo a porcentaje de entrevistadas.....	228
Tabla 4: Tipos de objetivos profesionales y personas destinatarias	229
Tabla 5: Objetivos promocionales atendiendo a ámbito y personas destinatarias.....	230
Tabla 6: Objetivos preventivos atendiendo a ámbito y personas destinatarias.....	236
Tabla 7: Objetivos asistenciales atendiendo al ámbito y personas destinatarias	238
Tabla 8: Términos identificadas relativos a objetivos profesionales	240
Tabla 9: Objetivos atendiendo a la codificación.....	242
Tabla 10: <i>Funciones</i> identificadas en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas	244
Tabla 11: Función de <i>atención directa</i> por ámbitos	245
Tabla 12: Función de promoción e inserción social por ámbitos	247
Tabla 13: Función <i>gerencial</i> por ámbitos	250
Tabla 14: Función de <i>prevención</i> por ámbitos profesionales	252
Tabla 15: Función de <i>coordinación</i> por ámbitos	254
Tabla 16: Función <i>planificación</i> por ámbitos	256
Tabla 17: Función de <i>evaluación</i> por ámbitos.....	257
Tabla 18: Función de <i>Investigación</i> por ámbitos.....	259
Tabla 19: Función <i>docente</i> por ámbitos.....	260

Tabla 20: Función <i>supervisión</i> por ámbitos.....	261
Tabla 21: Función de <i>mediación</i> por ámbitos.....	261
Tabla 22: Términos identificados relativos a la categoría <i>funciones</i>	262
Tabla 23: <i>Funciones</i> atendiendo a la codificación.....	264
Tabla 24: <i>Niveles de atención identificados</i> en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas.....	268
Tabla 25: <i>Nivel individual</i> por ámbitos.....	268
Tabla 26: <i>Nivel grupal</i> por ámbitos	270
Tabla 27: <i>Nivel comunitario</i> por ámbitos	273
Tabla 28: Términos identificados relativos a la categoría <i>niveles de atención</i>	275
Tabla 29: <i>Niveles de atención</i> atendiendo a la codificación	275
Tabla 30: <i>Servicios y/o programas</i> identificados en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas.....	277
Tabla 31: Servicios dirigidos a la <i>promoción de la autonomía</i> atendiendo al ámbito profesional	277
Tabla 32: Servicios dirigidos a la <i>atención a las personas cuidadoras</i> atendiendo al ámbito profesional.....	279
Tabla 33: Servicios dirigidos a la <i>atención de las personas en situación de dependencia</i> atendiendo al ámbito profesional.....	281
Tabla 34: Servicios dirigidos a la promoción de la <i>participación</i> atendiendo al ámbito profesional	283
Tabla 35: Términos identificados relativos a la categoría <i>servicios y/o programas</i>	286
Tabla 36: <i>Servicios/ programas dirigidos a personas mayores</i> atendiendo a la codificación....	287
Tabla 37: <i>Principios profesionales</i> de TS atendiendo al ámbito profesional	291
Tabla 38: Términos identificados relativos a <i>principios profesionales</i>	295
Tabla 39: Principios profesionales atendiendo a la codificación.....	296
Tabla 40: Discursos vinculados a la categoría <i>Escenario Ideal</i>	298
Tabla 41: Escenario Ideal vinculado a <i>políticas sociales</i> por ámbitos profesionales	298
Tabla 42: Escenario Ideal vinculado a <i>recursos sociales</i> por ámbitos profesionales	300
Tabla 43: Escenario Ideal vinculado a <i>profesionales</i> por ámbitos	303
Tabla 44: <i>Escenario Ideal</i> atendiendo a la codificación	306

Tabla 45: Presencia en los discursos de <i>causas diferenciales</i> entre el escenario percibido y el real	307
Tabla 46: <i>Causas externas de diferencias</i> entre ambos escenarios por ámbitos profesionales ..	308
Tabla 47: <i>Causas internas de diferencias</i> entre ambos escenarios por ámbitos.....	309
Tabla 48: Causas atribuidas a las <i>diferencias entre escenario percibido y real</i> atendiendo a la codificación.....	311
Tabla 49: Percepción de las <i>necesidades de las personas mayores</i> atendiendo al ámbito profesional	312
Tabla 50: <i>Necesidades de las personas mayores</i> atendiendo a la codificación.....	317
Tabla 51: <i>Cambios en el perfil de las personas mayores</i> identificadas en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas	319
Tabla 52: Tipología de <i>cambios en el perfil de las personas mayores</i>	319
Tabla 53: <i>Cambio en perfil de personas mayores</i> atendiendo a la codificación	323
Tabla 54: Categoría de <i>Envejecimiento Activo</i> atendiendo al ámbito.....	324
Tabla 55: Categoría de <i>Envejecimiento Activo</i> atendiendo a la codificación	330
Tabla 56: <i>Ámbitos desde los que promover el Envejecimiento Activo</i> atendiendo al ámbito profesional.....	332
Tabla 57: <i>Ámbitos desde los que promover el Envejecimiento Activo</i> atendiendo a la codificación	334
Tabla 58: Dimensiones del <i>análisis DAFO</i> en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas.....	337
Tabla 59: <i>Debilidades y amenazas del TS con personas mayores</i> por ámbitos profesionales ...	337
Tabla 60: <i>Fortalezas y oportunidades del TS con personas mayores</i> por ámbitos profesionales	340
Tabla 61: <i>Análisis DAFO del TS con personas mayores</i> atendiendo a la codificación.....	343
Tabla 62: <i>Retos del TS con personas mayores</i> y porcentaje de entrevistadas	344
Tabla 63: <i>Retos vinculados con el TS</i> por ámbito profesional.....	344
Tabla 64: <i>Retos vinculados con las personas mayores</i> por ámbito profesional	347
Tabla 65: <i>Retos del TS con personas mayores</i> atendiendo a la codificación	348

Índice de Anexos

Anexo 1: Guión de la entrevista con profesionales	410
Anexo 2: Guión de la entrevista a personas mayores	411
Anexo 3: Guión de la entrevista a personas expertas	412
Anexo 4: Libro de Códigos.....	413

Abreviaturas por orden alfabético

AAI	Active Ageing Index, Índice de Envejecimiento Activo
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CGTS	Consejo General del Trabajo Social
CPA	Centros de Participación Activa
DAFO	Análisis de Debilidades, Amenazas, Fortaleza y Oportunidades
DDHH	Derechos Humanos
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EA	Envejecimiento Activo
EIP-AHA	Asociación Europea de Innovación sobre EA y Saludable
EUROSTAT	Oficina Estadística de la Unión Europea
FITS	Federación Internacional de Trabajo Social
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAIME	Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles o Políticos
PDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio
SSSS	Servicios Sociales
TESEO	Base de datos de Tesis Doctorales
TS	Trabajo Social
UE, EU	Unión Europea
UNECE	Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa
UPNA	Universidad Pública de Navarra

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno innegable e imparable que ha ido generando nuevos retos. Las proyecciones internacionales, europeas y nacionales confirman la tendencia de la presencia de un colectivo que cada vez adquiere un peso mayor respecto al total de la población. En concreto, atendiendo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) en el año 2050 un 31,4% de la población española será mayor de 65 años.

Los cambios demográficos y de estilos de vida de la población se ha reflejado en cambios paulatinos en la orientación de las políticas sociales dirigidas a las personas mayores. Naciones Unidas propone el término de Envejecimiento Activo (en adelante EA) como un concepto inclusivo, que integra diferentes niveles de intervención (OMS, 2002). El mismo contempla determinantes sociales, económicos, personales, conductuales, de sanidad, servicios sociales y relacionados con el entorno físico; así como los transversales género y cultura. En base a todo ello, diferentes instituciones de carácter europeo, nacional, autonómico y local han ido reajustando sus líneas estratégicas de envejecimiento para dar respuesta a dicho desafío.

Entendemos que estos cambios han generado diferentes estrategias que parten de un diagnóstico previo de la situación. En el caso que nos ocupa, dicho análisis se torna imprescindible debido al peso sociodemográfico de este colectivo y a la heterogeneidad de este. Atendiendo a las diferentes proyecciones, el envejecimiento poblacional se encuentra en un “punto sin retorno” que precisa de intervenciones integrales y coordinadas por parte de los diferentes sistemas de protección.

En este contexto, las y los profesionales de Trabajo Social (en adelante TS) se encuentran, al igual que otros colectivos profesionales, con la oportunidad y el reto de trabajar con las personas mayores y de incorporar las directrices estratégicas en sus intervenciones profesionales. Así, el TS como disciplina orientada a las personas y basada en la justicia social, en los derechos humanos, en la responsabilidad colectiva y en el respeto a la diversidad (FITS, 2014) encuentra en las personas mayores un colectivo de intervención clave para contribuir al cambio de paradigma que posibilite el envejecimiento óptimo de las personas mayores y las mejoras en su calidad de vida.

De la combinación de estos aspectos surge el interés de esta tesis doctoral por conocer cómo la disciplina del TS contribuye a promover el EA de la población.

La presente investigación nace de la motivación intrínseca de la doctoranda para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Tras una doble trayectoria profesional, por un lado, 17 años

(1999-2016) como trabajadora social en centros de personas mayores de La Rioja y, por otro lado, como docente e investigadora de la Universidad de La Rioja desde el año 2016 en el grado de Trabajo Social, se intensifica la inquietud por conocer cómo desempeñar una intervención social con personas mayores de manera más eficaz. Las personas mayores han sido una constante en dicha trayectoria personal y profesional, habiendo acompañado y sido acompañada a lo largo de este tiempo. Estas han contribuido a la reflexión para una mejora profesional e indudablemente personal.

Son varias las preguntas que a lo largo de los años de experiencia de atención directa a personas mayores han ido surgiendo y que, finalmente, han orientado este trabajo de investigación:

- ¿Toda persona mayor envejece de la mejor manera posible, es decir, tal y como quiere envejecer?
- ¿El concepto de EA es un concepto claro para las personas mayores y para los profesionales, o por el contrario, genera errores de interpretación al asociarse únicamente con personas con autonomía física y/o cognitiva?
- ¿Los profesionales del TS conocen las herramientas para la promoción del EA o, por el contrario, actúan guiados por criterios más asistencialistas que autonomistas?
- ¿La sociedad aprovecha el potencial, experiencia y capacidades de las personas mayores teniendo como finalidad que este colectivo tenga una mejor calidad de vida?
- ¿Cómo son las políticas y programas que se orientan hacia la atención a las personas mayores? ¿Quién las diseña? ¿Con qué objetivos? ¿Cuentan con las propias personas mayores para su elaboración? ¿Existe un marco que ampare y garantice sus derechos?
- ¿Desde qué ámbitos y sistemas se promueve un EA, saludable u óptimo?
- ¿Cómo percibe la sociedad en general, los profesionales y las propias personas mayores la cuestión del envejecimiento, como un problema o como una oportunidad?

Dichas inquietudes profesionales y personales llevan a la doctoranda a pensar que se puede realizar TS con personas mayores con otros matices. Acercarnos y aprender del colectivo de personas mayores es una tarea sencilla a la par que complicada. Sencilla, porque, a lo largo de la experiencia profesional, la doctoranda ha mantenido contacto estrecho y directo con el colectivo de personas mayores, comprobando que se han mostrado abiertas y generosas en trasladar lo que saben y conocen. Y, por otra parte, complicada por diversas razones. En primer lugar, en muchas ocasiones

no se recogen de manera sistematizada los procesos e intervenciones y, ello implica que difícilmente se valide científicamente la praxis. En segundo lugar, la complejidad se basa en la heterogeneidad del colectivo. Bajo la misma denominación hay grandes diferencias por edad, estado físico, nivel socioeconómico, cultural, educativo, etc. que condicionan el proceso de envejecimiento y las condiciones de vida a lo largo de esta etapa del ciclo vital.

A partir de estas reflexiones o intuiciones, comienza a tomar forma esta tesis doctoral. Conjuntamente con Dña. Esther Raya Diez, directora y tutora, se establece como finalidad de este trabajo de investigación *contribuir a la mejora de las políticas, programas y servicios dirigidos a promover el Envejecimiento Activo desde la perspectiva del Trabajo Social*. Y se plantea como objetivo general *estudiar el papel del Trabajo Social en la promoción del Envejecimiento Activo*. Asimismo, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los instrumentos internacionales y europeos de promoción del envejecimiento y atención a las personas mayores desde mediados del siglo XX a la actualidad.
- Estudiar los fundamentos conceptuales y teóricos en torno al EA y al TS como disciplina científica y práctica profesional.
- Analizar la relación teórico-práctica entre EA y TS.
- Analizar la orientación de las políticas desarrolladas en España en los últimos veinte años sobre EA.
- Conocer la percepción de los y las TS respecto a la promoción del EA desarrollada a través de su práctica profesional.

Para dar cumplimiento a estos objetivos se ha llevado a cabo la presente investigación, combinando el análisis teórico y conceptual con el trabajo empírico. Todo ello queda plasmado en la tesis que aquí se presenta. El documento se ha estructurado en cinco apartados.

El primer bloque se centra en dar respuesta al primer objetivo. En el mismo se aborda el contexto socio demográfico y normativo. Se realiza, por una parte, una exposición de la situación demográfica recogiendo el estado actual y proyecciones de la evolución del envejecimiento poblacional a nivel mundial, europeo, nacional; y, por otra parte, un estudio de las políticas reguladoras de los derechos humanos de las personas de edad en los tres niveles, a través del análisis documental de fuentes secundarias.

En el bloque dos se aborda el segundo objetivo y se basa en los dos grandes ejes vinculados al objeto de estudio. El primero es el marco teórico conceptual relacionado con el EA, que incluye

teorías psicosociales de envejecimiento, la evolución del paradigma de envejecimiento, aproximación política y científica al EA, los principios establecidos por la OMS (actividad, solidaridad intergeneracional, prevención, inclusión, participación, diversidad, flexibilidad y, derechos y deberes) y, la evolución del concepto. El segundo es relativo al TS incluyendo objetivos, funciones, principios y niveles de intervención. También se hace referencia al TS gerontológico.

Con el tercer bloque se inicia la parte empírica del trabajo. En el capítulo 5 se describen las estrategias metodológicas empleadas para el desarrollo de la investigación. Se explicitan las hipótesis de investigación, que aluden a la vinculación entre TS y EA. Se describen los procedimientos y técnicas de análisis de la información utilizadas en los tres tipos de aproximación al objeto de estudio: revisión bibliográfica; análisis documental de estrategias y planes de envejecimiento; y, discursos de trabajadoras sociales, personas mayores y de personas expertas.

La investigación se ha realizado desde un enfoque cualitativo. Se han empleado fuentes primarias y secundarias. En cuanto a las fuentes primarias se han realizado entrevistas con informantes clave, profesionales del ámbito de servicios sociales de atención primaria, servicios sociales específicos de ámbito comunitario, como son los centros de participación activa, y profesionales vinculadas a la gestión de programas y servicios dirigidos a personas mayores y con personas expertas. Por otra parte, se ha trabajado también con fuentes secundarias y análisis documental en la revisión de planes y estrategias de envejecimiento.

El trabajo de investigación dio comienzo en 2016 con la revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio para la elaboración del marco teórico. El trabajo de campo se desarrolló en diferentes etapas. En 2017 se hizo el análisis de las fuentes bibliográficas y una primera aproximación a los planes y estrategias sobre envejecimiento. Las entrevistas a profesionales se realizaron en 2019. En 2020, a través de una estancia de investigación en la Universidad Pública de Navarra, se realizaron las entrevistas a personas expertas y también se llevaron a cabo, ese mismo año, las entrevistas a personas mayores.

En los siguientes capítulos exponemos los resultados de la investigación. En el capítulo 6 presentamos los resultados del estudio de la vinculación bibliográfica entre TS y EA, dando respuesta al tercer objetivo específico. En el capítulo 7, exponemos el análisis de los planes de EA de las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) de España, en línea con el cuarto objetivo. Seguidamente, el capítulo 8 responde al objetivo específico de conocer la percepción de las y los

profesionales TS respecto a la promoción del EA especialmente en su dimensión comunitaria y en el mismo se detallan los resultados de las entrevistas a profesionales de TS. Este bloque finaliza con el capítulo 9, donde se presentan las tendencias de futuro señaladas por las personas expertas y, además, se tiene en cuenta, el punto de vista de las personas mayores.

Finalmente, el quinto bloque corresponde a las conclusiones, donde se aluden a propuestas de intervención. Una de las cuestiones principales es el reconocimiento de la diversidad tanto del colectivo de personas mayores como de los servicios y programas desde los que el TS promueve el EA. Ello ocasiona que podamos intervenir con personas con demencia que tienen limitación en las actividades de la vida diaria y sus familiares que sufren situaciones de sobrecarga; con personas voluntarias en programas sociales y con personas con patrones de ocio y tiempo libre más pasivos. Por otra parte, se encuentra la multidimensionalidad del concepto de envejecimiento que requiere de enfoques interdisciplinarios e integrales que aborden los aspectos físicos, psicológicos y sociales entre otros.

En suma, el EA aparece como una estrategia con dimensión política e individual que transforma un periodo de declive en un reto y en una oportunidad; un paradigma que aborda esta etapa desde una perspectiva positiva, según el cual cada sujeto es considerado de manera integral y multidimensional, reconocido como un ser con unos objetivos vitales propios y diferenciados del resto de individuos. Dicho planteamiento promueve la autonomía e independencia de la persona en el máximo de las actividades de la vida, con la finalidad de que pueda ir tomando sus propias decisiones relativas a las diferentes esferas vitales. Este paradigma trasciende el incremento de la esperanza de vida e implica dar más vida a los años y no sólo años a la vida.

Se hace preciso poner en valor la orientación en clave de derechos, la posibilidad de las personas de edad de decidir acerca de las cuestiones que les afectan, disponer cómo quieren que se desarrolle su proceso de envejecimiento y participar en el diseño de las políticas públicas articuladas al efecto. La sociedad ha de posibilitar y garantizar la plena participación que excede la asistencia a cursos, a talleres formativos de ocio y tiempo libre. En el ámbito objeto de estudio los y las profesionales de TS, promueven la participación y la mejora de la calidad de vida de las personas a través de la optimización de las dimensiones de salud, seguridad y, especialmente, de participación.

BLOQUE I:

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y

NORMATIVO

CAPÍTULO 1.

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

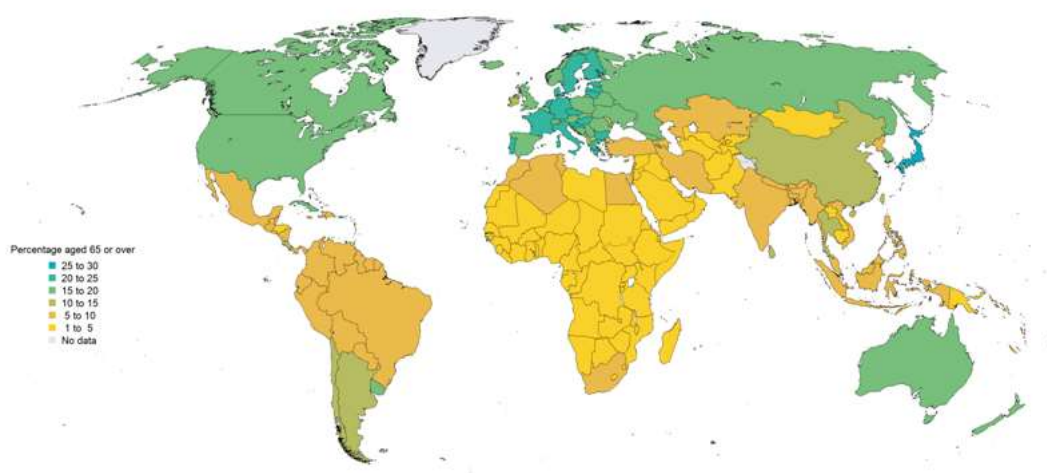
El envejecimiento poblacional y el sobre envejecimiento son fenómenos demográficos que tienen lugar en los diferentes ámbitos territoriales. Por consiguiente, en el presente epígrafe, abordamos la situación socio demográfica en las dimensiones internacional, europea y nacional como elemento que nos ayude a contextualizar el EA.

1.1. ESCENARIO INTERNACIONAL DEMOGRÁFICO

Naciones Unidas, en su informe “*Perspectivas mundiales de la población mundial 2019*”, muestra las principales tendencias demográficas mundiales y, con relación al envejecimiento poblacional, expone varias ideas destacadas que se presentan en los siguientes párrafos.

La primera cuestión se relaciona con el porcentaje de población mundial mayor de 65 años sobre el total. Para ello, tomamos como referencia los datos del año 2020 y la proyección para el año 2050, representadas en los siguientes mapas:

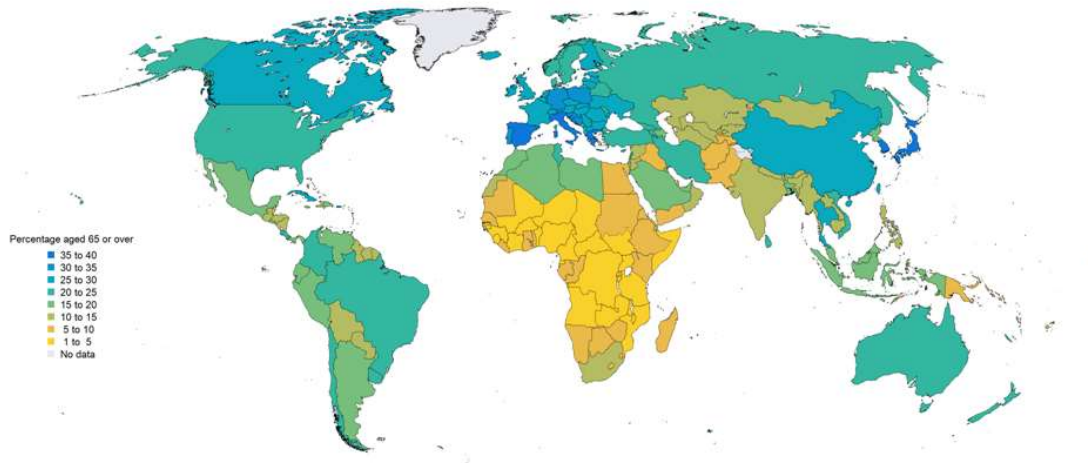
Gráfico 1: Porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total, 2020



Fuente: ONU (2019).

Reflejan una proporción de población mayor en Europa, Norte de América, Oceanía y parte de Asia que oscilan entre el 20 y 30%, mientras que en América del Sur y África la proporción es inferior.

Gráfico 2: Porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total, proyección para el 2050



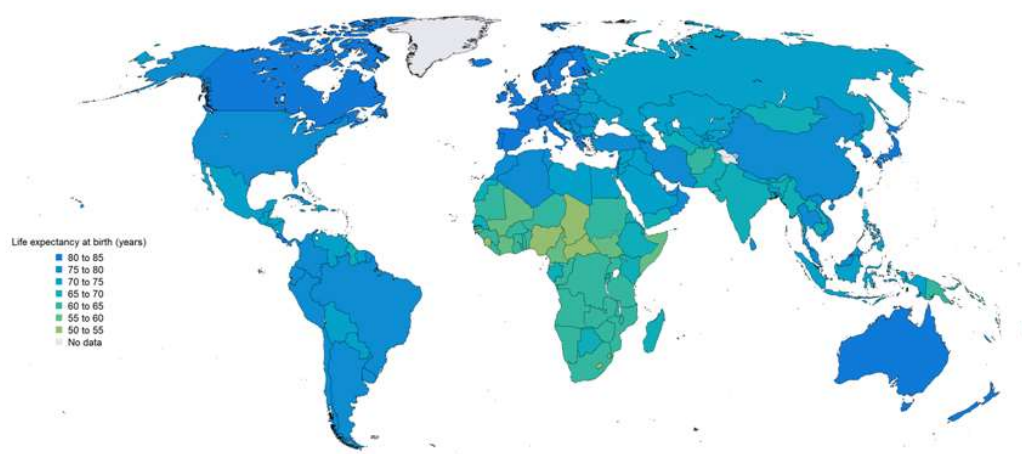
Fuente: ONU (2019).

Por otra parte, atendiendo a la proyección del porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total en el año 2050, observamos que la tendencia del mismo es creciente; produciéndose un incremento generalizado en todos los continentes, destacando parte de Europa, América del Norte y China que presentan valores que se encuentran entre el 25 y 40% del total de la población.

Se va a producir en términos globales, un crecimiento de la población mundial y en particular, del grupo de población mayor de 65 años. En el año 2050 el 16% de la población mundial será mayor de 65 años, mientras que, en 2019, este porcentaje era del 9%.

La segunda cuestión por destacar se relaciona con la esperanza de vida. Tomamos como referencia la esperanza de vida al nacer del periodo 2015-2020 y la proyección para el 2050 reflejadas ambas en los siguientes mapas.

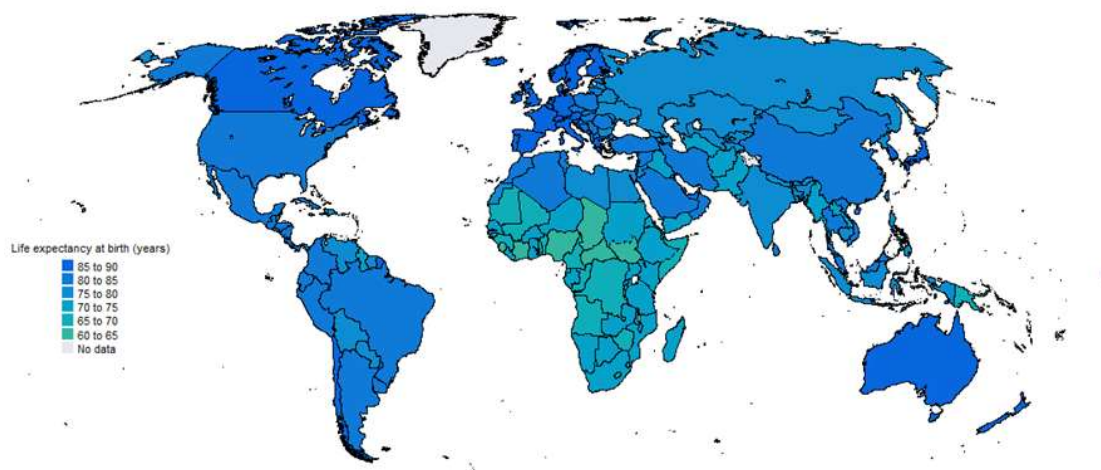
Gráfico 3: Esperanza de vida al nacer, años 2015-2020



Fuente: ONU (2019).

En el mapa que recoge la esperanza de vida de población mundial entre los años 2015-2020, observamos en la mayor parte de Europa, América, Asia y Oceanía que los valores se encuentran en cifras superiores a los 70 años. Por otra parte, consideramos que la esperanza de vida al nacer en el 2050 se consolida en los países desarrollados superando los 80 años y asciende de manera significativa en aquellos en vías de desarrollo.

Gráfico 4: Esperanza de vida al nacer, años 2050-2055



Fuente: ONU (2019).

A pesar de las mejoras en la tendencia de la esperanza de vida a nivel mundial, esta es, en los países más pobres, siete años menor que el promedio, debido a la mayor mortalidad infantil y materna, a los conflictos, violencia y enfermedades como el VIH.

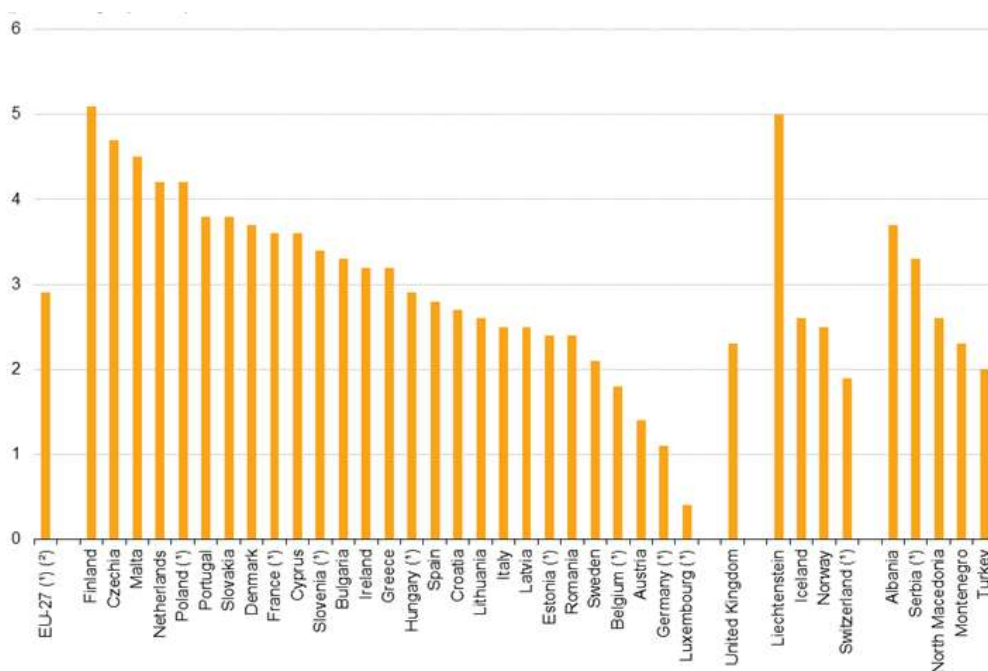
Una tercera cuestión que apunta dicho informe se relaciona con que un número creciente de países reduce el tamaño de su población, debido entre otros factores a la bajada de la fecundidad. Esto, a su vez se relaciona con la presión que ocasiona, tanto el descenso de la población en edad de trabajar como el envejecimiento demográfico sobre los sistemas de pensiones y protección social de este colectivo.

1.2. ESCENARIO EUROPEO DEMOGRÁFICO

En el ámbito europeo, teniendo en cuenta las proyecciones de población elaboradas por la Oficina Estadística de la Unión Europea (2020), se confirma el escenario indicado a nivel mundial. Se trata de un contexto en el que el aumento de la esperanza de vida y las tasas de natalidad decrecientes hacen transitar hacia una pirámide de población más envejecida.

El siguiente gráfico nos muestra el incremento de la población europea de 65 años sobre el total entre los años 2009- 2019.

Gráfico 5: Incremento de la proporción de la población mayor de 65 años o más sobre el total entre 2009-2019



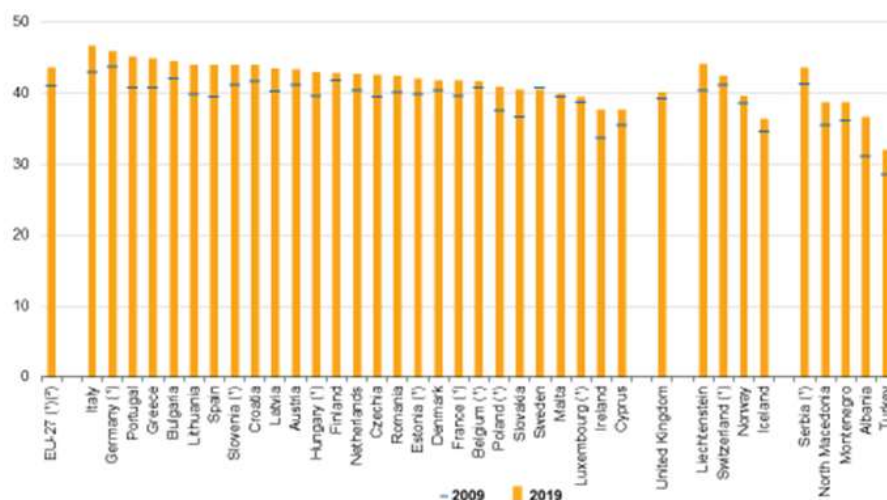
Fuente: Eurostat (2020).

Observamos el incremento de 2,9 puntos en la EU-27 respecto al periodo 2009-2019 y un crecimiento generalizado en los diferentes países miembros, destacando Liechtenstein y Finlandia.

Por su parte, España se sitúa en la media europea, ya que cuestiones como las migraciones internacionales favorecieron la no intensificación del envejecimiento.

Por otra parte, resulta de interés tomar en consideración la mediana de edad de los países miembros de la EU-27.

Gráfico 6: Mediana de edad de la población 2009-2019

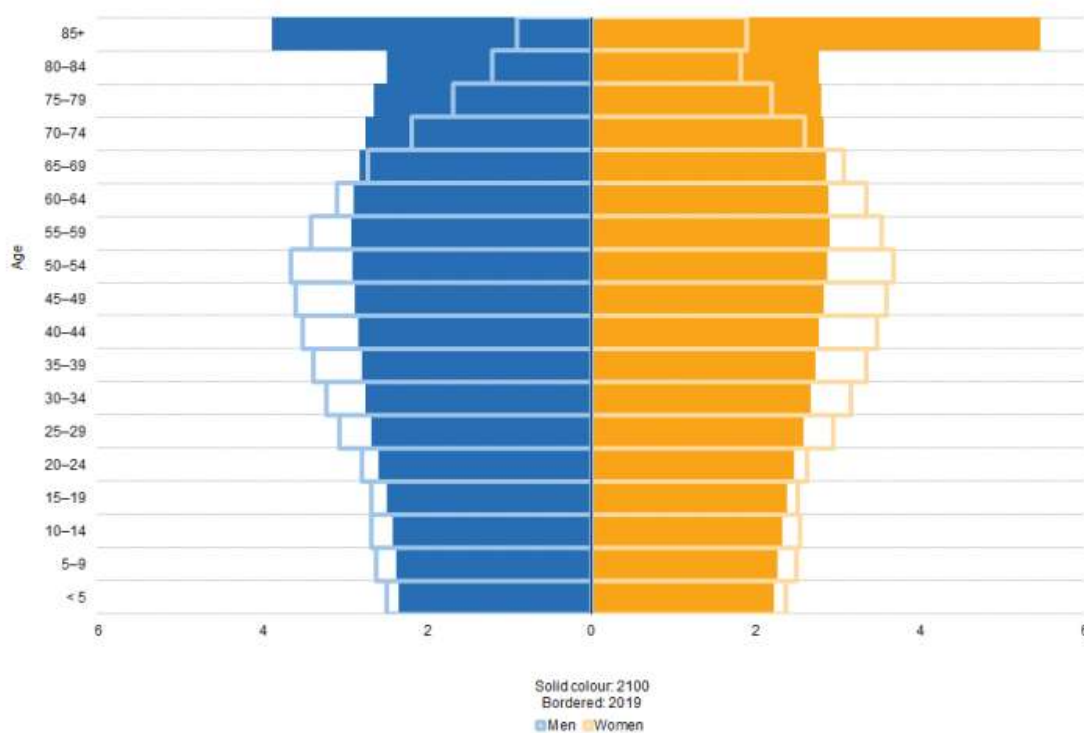


Fuente: Eurostat (2020).

Las medianas de edad de la población del EU-27 se está incrementando, siendo a fecha 1/1/2019 de 43,7 años. Es decir, que la mitad de la población tenía más de esa edad y la otra mitad, menos. La mediana de la edad en 2009 era de 41 años y en 2019 de 43,7 años, es decir, que en 10 años, se incrementó en 2,7 años.

Tal y como reflejan los datos, la población de 65 años se está incrementando en los diferentes países europeos, según las proyecciones elaboradas por Eurostat para el año 2100, la población del EU-27 continuará envejeciendo, creciendo el grupo de población mayor de 65 años. A continuación, presentamos las pirámides de población de EU-27 de los años 2019 y la proyección para 2100:

Gráfico 7: Pirámides de población EU-27, 2019 y 2100



Fuente: Eurostat (2020).

En la misma, observamos que adoptará una forma más rectangular produciéndose un estrechamiento en su parte central y un engrosamiento en la parte superior correspondiente a las franjas de edad superiores a los 70 años, con el consiguiente envejecimiento del envejecimiento.

1.3. ESCENARIO DEMOGRÁFICO NACIONAL

Una vez vistas las variables demográficas vinculadas con el envejecimiento desde una perspectiva mundial y europea, abordamos la situación en España. Para ello, tomamos como referencia las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en septiembre de 2020. Dichas proyecciones se refieren al periodo 2020-2070 y nos arrojan los siguientes resultados.

En primer lugar, muestra un crecimiento neto de la población, aunque las defunciones se incrementan y los nacimientos disminuyen daría un saldo vegetativo negativo, se compensa con un saldo migratorio positivo, y, en conjunto implica un crecimiento de la población española.

Con relación a la esperanza de vida al nacimiento, las proyecciones nos indican un incremento de esta situándose para el año 2069 en 85,8 años para los varones y 90 años para las mujeres. Esto supone un aumento respecto a la situación actual de casi 5 años para los hombres y casi 4 para las mujeres.

Por su parte, la mejora también se refleja en los valores de la esperanza de vida con 65 años en 2069, que supone 3,8 años más para los hombres (un total de 22,5 años) y 3,6 años más para las mujeres (26,3 años más).

En relación con el porcentaje de población mayor de 65 años podemos destacar que en 2019 se sitúa en 19,6% del total y, que en 2050 llegaría al 31,4% y, a partir de ahí, según las previsiones, descendería hasta llegar en 2070 a 28,6% de la población. En la siguiente tabla se recogen los datos de la proporción de las personas mayores sobre la población total atendiendo a diferentes cohortes de edad:

Tabla 1: Proporción de personas mayores de diferentes edades

Años	De 65 y más años	De 70 y más años	De 80 años y más	De 100 y más
2016	18,7	13,7	6,0	0,2
2017	19	13,9	6,1	0,2
2018	19,2	14	6,2	0,2
2019	19,4	14,3	6,1	0,2
2020	19,6	14,4	6,0	0,3
2025	21,5	15,6	6,5	0,5
2030	24	17,3	7,4	0,7
2035	26,5	19,4	8,1	0,1
2040	28,8	21,4	9,1	0,11
2045	30,9	23,4	10,4	0,15
2050	31,4	25	11,6	0,20
2055	31	25,3	12,6	0,24
2060	30,1	24,6	13,5	0,30
2065	29,1	23,5	13,3	0,37
2070	28,6	22,5	12,4	0,43

Fuente: INE (2020)

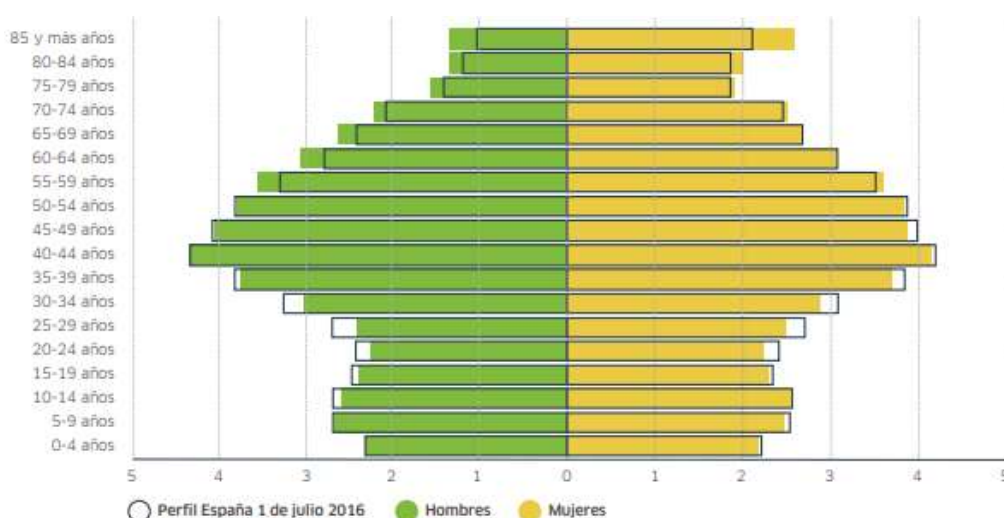
Visto lo anterior podemos señalar que se mantienen las tendencias actuales, la población mayor de 80 años se duplicaría pasando del 6% del 2020 al 12,4% en el 2070.

Las proyecciones del INE, la “Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y para su Buen Trato (2018-2021)” y el “Informe 2016: Las Personas Mayores en España”, muestran un

país en el que el peso específico de la población mayor sobre el total presenta una tendencia clara ascendente en el que se afianzará el fenómeno del envejecimiento del envejecimiento.

Finalmente, como el trabajo empírico es realizado en la CA de La Rioja realizamos un acercamiento a dicho contexto autonómico, en base a lo cual, tomamos como referencia la pirámide de población de La Rioja de 2018:

Gráfico 8: Pirámide de población de La Rioja. 1 de enero de 2018



Fuente: Agenda para la población de La Rioja (2017).

La mayor presencia de mujeres en los grupos de edad superiores a 64 años es destacable en la estructura poblacional y en la medida que se avanza en la edad, la diferencia entre ambos grupos se amplía debido a la mayor esperanza de vida femenina.

Como datos relevantes, hay que apuntar que la población de La Rioja a fecha 1 de enero de 2019 era de 312.884 habitantes y la población mayor de 64 años alcanzaba el 20,9%; de los cuales un 11,6% eran mujeres y un 9,4% hombres. Del mismo modo que en los contextos presentados anteriormente, las proyecciones apuntan que en el año 2033 esta población representará el 27,9% de la sociedad riojana.

Otra cuestión para tener en cuenta es el índice de envejecimiento, es decir la proporción de los mayores de 64 años en relación con la población menor de 16. Esta tasa alcanzaba en el año 2017, 130,9, mientras que la media nacional en la misma fecha era de 118,6.

Resulta de interés conocer la esperanza de vida al nacer y su evolución. Así, destacamos que en el periodo 2005-2017 de manera global se produjo un crecimiento de 2,6 años. En el caso de los

hombres se incrementó en más de 3 años, de 77,7 en el año 2005 a 80,9 en el 2017. En el caso de las mujeres, el crecimiento fue de 1,9 años incrementándose de 84,4 a 86,3.

A partir de estos datos, la Agenda de Población de La Rioja, 2030 establece como línea estratégica de longevidad, calidad de vida y EA el siguiente objetivo:

Favorecer una vida más longeva y de calidad mejorando los servicios sanitarios para reducir el nivel de dependencia de la población envejecida de la Comunidad Autónoma de La Rioja y fomentar una mayor participación activa de este grupo de edad en el ámbito económico, político y social. (Gobierno de La Rioja, 2017, p. 186)

Como se refleja en el presente epígrafe las diferentes fotografías demográficas muestran imágenes de población envejecida, con un alto porcentaje de personas de edad avanzada con unas necesidades concretas, y presencia cada vez más significativa de la población octogenaria y centenaria. Estos cambios son consabidos y previstos, ya que diferentes proyecciones internacionales y nacionales (ONU, Eurostat e INE), apuntan y refrendan los mismos. Esta transformación demográfica y estructural debe generar respuestas multidimensionales e integrales de los diferentes sistemas de protección que tengan como finalidad la promoción de la calidad de vida de las personas mayores. El incremento de la esperanza de vida puede entenderse como un logro de la sociedad que ha de ir más allá de su reflejo en las pirámides de población. Esta se ha de visibilizar en el conjunto de las políticas sociales que promuevan de manera explícita un envejecimiento óptimo de las personas mayores, es decir, un EA. En el siguiente epígrafe se va a analizar el desarrollo normativo para promover un buen envejecimiento.

CAPÍTULO 2.

ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO INTERNACIONAL. EUROPEO Y NACIONAL

En el presente capítulo se realiza un abordaje del marco a nivel internacional, comunitario y nacional; para presentar los diferentes instrumentos y herramientas que tienen como finalidad promover y garantizar los derechos humanos de las personas de edad. Dicho análisis permitirá disponer de una visión global acerca de las garantías existentes en materia de envejecimiento y conocer el escenario normativo y estratégico desarrollado desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hasta la actualidad.

2.1. PERSPECTIVA INTERNACIONAL: DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS DE EDAD

En este epígrafe, se apuntan los instrumentos internacionales de derechos humanos más significativos para las personas de edad. Se pueden clasificar en dos grandes categorías. La primera de ellas está integrada por los instrumentos que se dirigen a la población en general, que tienen un carácter universal como por ejemplo la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) o el Pacto Internacional de Derechos Civiles o Políticos (PIDCP).

La segunda categoría se compone de instrumentos orientados a colectivos o grupos de población concretos. Dentro de esta, se puede realizar una subdivisión, diferenciando, por un lado, aquellos que se dirigen a las personas mayores y, por otro lado, los que siendo orientados a otros colectivos diferentes al de las personas de edad, recogen explícitamente medidas concretas destinadas al grupo de personas de edad dentro de dichos colectivos.

En el primer subgrupo se encuentran textos como la Declaración de Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad¹, la Observación General n° 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad y los Planes de Acción Internacionales de Envejecimiento, entre otros.

En el segundo subgrupo, se ubican, instrumentos dirigidos a colectivos particulares, tales como personas con discapacidad y las mujeres, entre otros. A modo de ejemplo, se encuentran la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990) y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006).

Los instrumentos apuntados son de diversa índole, declaraciones, convenciones, pactos, resoluciones y planes de acción. Se presentan de manera cronológica, diferenciando dos grandes bloques; el primero conformado por aquellos promulgados en el siglo XX; y, un segundo bloque de instrumentos internacionales relativos al siglo XXI.

2.1.1. Instrumentos internacionales de Derechos Humanos vinculados con personas mayores del siglo XX

A continuación, se presentan las principales herramientas que tratan de garantizar los derechos humanos de las personas mayores en el siglo XX. Así, en el siguiente cuadro se exponen los instrumentos internacionales vinculándolos con las aportaciones de los mismos a este colectivo. Para ello, se han clasificado los instrumentos atendiendo a los destinatarios de los mismos. De tal manera, que el gris más claro representa las herramientas que se dirigen a toda la población; el gris intermedio los instrumentos que se dirigen a un colectivo concreto (exceptuando el de personas de edad) y, por último, el gris más oscuro, a aquellos que tienen como destinatarios, de manera exclusiva a las personas mayores.

¹Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991

Cuadro 1: Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con personas mayores en el siglo XX

AÑO	INSTRUMENTO	APORTACIÓN A LAS PERSONAS DE EDAD
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) (ONU, 1948)	Derecho a las prestaciones sociales en la vejez
1966	Pacto Internacional Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) (ONU, 1966a)	Garantiza los valores de la igualdad y la solidaridad
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC) (ONU, 1966b)	Derecho a la seguridad social
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (ONU, 1979)	Prohíbe la discriminación en el acceso a la seguridad social en caso de vejez
1982	Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento ² (ONU, 1982)	Proclamación del día 1 de octubre “Día Internacional de las Personas de Edad”
1990	Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ONU, 1990)	Prohíbe la discriminación por razón de edad
1991	La Declaración de Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad ³ (ONU, 1991)	Solicita a los gobiernos que se aplique en programas nacionales los principios de Independencia, Cuidados, Participación, Autorrealización y Dignidad
1992	Proclamación sobre Envejecimiento ⁴ (ONU, 1992)	Reafirma el PAIME y los Principios de Naciones Unidas en favor de personas de edad Proclama el año 1.999 Año Internacional de las personas de edad
1995	Observación General n° 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad ⁵ (ONU, 1995)	Detalla las obligaciones para los Estados

Fuente: Elaboración propia a partir de páginas web de Naciones Unidas.

Como se observa desde una perspectiva cronológica los primeros textos DUDH, PIDCP y PDESC tienen un carácter general y universal. Las referencias vinculadas a los derechos de las personas mayores se refieren a derechos como la seguridad social y a un nivel de vida adecuado, al trabajo y a una pensión. Posteriormente, de manera progresiva, estas dimensiones se amplían incorporando nuevos derechos vinculados a variables sociales, culturales, educativas, entre otras. Se pone en valor la DUDH de 1948, ya que esta constituye un hito en la historia de los derechos humanos y reconoce en su artículo 1 que: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos

²I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Viena

³Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991

⁴Asamblea General de las Naciones Unidas 1.992

⁵Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)

con los otros.” Sin embargo, no recoge de forma explícita la edad como posible factor discriminatorio. A continuación, se van a presentar las características principales de las herramientas que se dirigen específicamente a las personas mayores.

El primer instrumento que se va a comentar es el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento (1982)⁶, fruto de la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. En dicho documento se pone de manifiesto la necesidad “de fomentar la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene en el proceso de desarrollo” (ONU, 1982, p,5). El plan se basa en un elenco de principios encaminados a incrementar el bienestar sobre la base de la plena participación de las personas mayores. Establece una serie de recomendaciones para la acción, unas de ellas en materia de política y otras recomendaciones vinculadas a las esferas de preocupación de las personas de edad. Estas dimensiones son: a) salud y nutrición, b) protección de los consumidores ancianos, c) vivienda y medio ambiente, d) familia, e) bienestar social, f) seguridad de ingresos y empleo y g) educación.

El plan pone de manifiesto la importancia de las cuestiones relativas al envejecimiento, destacando la importancia de los planes orientados a este grupo de población, de acciones educativas y, por último, otorga una gran prioridad a la investigación como base científica para una mejor planificación social.

Avanzando con los instrumentos internacionales, se presenta en segundo lugar, la Declaración de Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad (1991). Esta herramienta incita a los gobiernos a incorporar en sus agendas políticas cinco principios básicos para la atención y trato para con las personas de edad. En el siguiente cuadro se apuntan las líneas principales de cada uno de ellos:

⁶http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf

Cuadro 2: Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991)

PRINCIPIOS	LINEAS PRINCIPALES
Independencia	Acceso a agua, alimentación, vestido Oportunidad de trabajar u otras formas de obtener ingresos Participar en la decisión de dejar de desempeñar actividades laborales Acceso a programas educativos y de formación Posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptados Residir en su domicilio el máximo tiempo posible
Participación	Integración social, participación activa en las políticas que les afectan Compartir sus conocimientos con las personas más jóvenes Prestar servicios a la comunidad y trabajar como voluntarios Formar parte de asociaciones de personas de edad avanzada
Cuidados	Disfrutar de los cuidados y protección de la familia y de la comunidad Acceso a los servicios de salud, servicios sociales, jurídicos que garanticen su autonomía Acceso a la atención institucional en un entorno humano y seguro Disfrutar de DDHH y libertades fundamentales cuando residan en instituciones
Autorrealización	Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente el potencial Acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la comunidad
Dignidad	Vivir con dignidad y seguridad, vivir libres de malos tratos físicos y mentales Recibir un trato digno con independencia de su edad, sexo, raza, discapacidad u otras condiciones

Fuente: Elaboración propia a partir de páginas web de Naciones Unidas.

Estos principios, que cuentan con una antigüedad de treinta años, siguen estando de plena actualidad. Refieren cuestiones tan relevantes hoy en día, como que las personas de edad participen en la formulación de políticas que afectan directamente a su bienestar. También, consideran aspectos relativos a los cuidados de personas que residen en instituciones, el respeto a su dignidad y autonomía y que puedan adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida. Estos principios son de gran importancia para el TS como se abordará posteriormente.

Avanzando con la presentación de los instrumentos se presenta, en tercer lugar, la Proclamación sobre Envejecimiento⁷ aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de octubre de 1992. En la misma se constata la revolución demográfica que implica el envejecimiento poblacional y lo entiende como un proceso que dura toda la vida, recomendando que se desarrollen acciones de preparación para la vejez desde la infancia.

Por otra parte, la proclamación reafirma el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento 1.982 y los Principios de Naciones Unidas en favor de personas de edad como hitos a mantener.

⁷<https://undocs.org/es/A/RES/47/5>

Para ello insta, por un lado, a la comunidad internacional para que facilite el cumplimiento de estos y que apoye a las iniciativas nacionales sobre envejecimiento y; por otro lado, a los Estados miembros a que desarrollen políticas nacionales adecuadas a las personas mayores y que estas sean parte activa de la sociedad. Para conseguir dichos objetivos acuerdan que el año 1.999 se declare Año Internacional de las Personas de Edad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) aprueba, en 1995, la Observación General nº 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad⁸. En este caso, hace mención a que ni la DUDH ni el PIDESC señalan la edad como factor de discriminación. Dicha cuestión podría justificarse atendiendo a que en el momento de su aprobación el envejecimiento no era una cuestión de urgencia (art 11). El comité señala que “no existe todavía ninguna convención internacional general relacionada con los derechos de las personas de edad y no hay disposiciones obligatorias respecto de los diversos grupos de principios de las Naciones Unidas en esta materia” (ONU, 1995, p.1). En el siguiente cuadro se recogen los principales derechos, así como obligaciones generales para los Estados, tal y como apunta la Observación:

⁸<https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-6-derechos-economicos-sociales-y-culturales-personas-mayores>

Cuadro 3: Derechos recogidos en la Observación General nº 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad

DERECHOS	OBLIGACIONES PARA LOS ESTADOS PARTE.
Igualdad de derechos hombres y mujeres	Prestar atención especial a mujeres de edad avanzada Atender a aquellas mujeres que no han realizado una actividad productiva Crear ayudas o prestaciones no contributivas para aquellas personas mayores que carezcan de recursos
Derecho al trabajo	Evitar discriminación por razones de edad en empleo y ocupación Garantizar condiciones “equitativas y satisfactorias” de trabajo hasta la jubilación Ofrecer programas preparatorios a la jubilación y emplear a trabajadores mayores basándose en la experiencia y conocimientos Aplicar los derechos sindicales
Derecho a la seguridad social.	Garantizar el derecho a la seguridad social incluyendo el seguro social Flexibilizar la edad de jubilación Garantizar prestaciones de sobrevivientes y de orfandad y prestaciones no contributivas para aquellas personas mayores que no tienen a percibir una pensión de la seguridad social y carezcan de otra fuente de ingresos
Derecho protección de la familia	Alentar a los gobiernos y a ONG a crear servicios sociales para apoyar a la familia cuando existan personas mayores en el hogar y a aplicar medidas para apoyar a las personas de edad que deseen permanecer en su hogar y de especial manera a familias con bajos ingresos
Derecho a un nivel de vida adecuado	Garantizar la cobertura de las necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados y autosuficiencia Desarrollar políticas que favorezcan la permanencia de las personas mayores en sus hogares a través de la restauración, mejora y adaptación de las viviendas., así como su integración social
Derecho a la salud física y mental	Efectuar intervenciones sanitarias para mantener la salud en la vejez desde una visión integradora y a lo largo de todo el ciclo vital Promover acciones preventivas, de promoción de estilos de vida saludable y rehabilitadoras
Derecho a la educación y a la cultura	Derecho de las personas mayores a disfrutar de programas educativos Aprovechamiento de sus conocimientos y poner la experiencia de las personas mayores al servicio de personas más jóvenes

Fuente: Elaboración propia a partir de páginas web de Naciones Unidas.

Así, esta Observación nº 6, trata de garantizar la cobertura de derechos y define derechos concretos relativos a la igualdad de derechos, el derecho al trabajo, a la seguridad social, a la protección de la familia, a un nivel de vida adecuado, a la salud y a la educación, adaptados a las personas mayores. Supone una ampliación y especialización de los derechos recogidos en el PDESC. En definitiva, se trata de subsanar la discriminación hacia las personas mayores

Como se puede observar en el siglo XX comenzaron a aprobarse instrumentos que han ido ampliando sus garantías en el siglo XXI. En el siguiente epígrafe se va a avanzar en la línea temporal y se van a estudiar los instrumentos internacionales aprobados en siglo XXI.

2.1.2. Instrumentos internacionales de Derechos Humanos vinculados con personas mayores SXXI

Los instrumentos aprobados en esta etapa surgen debido a una mayor conciencia social acerca del proceso de envejecimiento. Ello contribuye a que los poderes públicos diseñen herramientas que traten de garantizar los derechos concretos y específicos dirigidos a las personas mayores.

En el siguiente cuadro se presentan los principales instrumentos internacionales que van desde el Plan Internacional de Madrid (PAIME), hasta la declaración del Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

Al igual que en el cuadro de instrumentos del siglo XX, se han clasificado los instrumentos, atendiendo a los destinatarios de los mismos. Así el gris claro representa a aquellas herramientas que se dirigen a toda la población; el gris intermedio a los instrumentos que se dirigen a colectivos distintos a personas mayores y, por último, el gris más oscuro, a aquellas herramientas que tienen como destinatarios principalmente a las personas mayores.

Cuadro 4: Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con personas mayores en el SXXI

AÑO	INSTRUMENTO	APORTACIÓN A PERSONAS DE EDAD
2002	Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME) ⁹ (ONU, 2002 a)	Reiteración del reconocimiento de los derechos de las personas de edad
2002	Decisión 26/III (basada en la sistematización y desarrollo de su propia jurisprudencia respecto a las mujeres mayores) (ONU, 2002, b)	Sistematización y desarrollo de su propia jurisprudencia respecto a las mujeres mayores
2006	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2006)	Eliminación de prejuicios, estereotipos y prácticas nocivas, acceso a la justicia y la protección contra la explotación, la violencia y el abuso de las personas de edad
2010	Recomendación general n° 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos (ONU, 2010)	Identifica las principales formas de discriminación que sufren las mujeres mayores desde los distintos ámbitos.
2015	Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015b)	Plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad. todos
2015	Resolución 70/164 Medidas para la promoción y protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas de edad (ONU, 2015, a)	Reconoce los desafíos relacionados con el disfrute de todos los derechos humanos que afecta a las personas de edad en distintos ámbitos
2016	Estrategia mundial sobre el envejecimiento y la salud (2016-2020): hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana (OMS, 2016)	Informe Mundial sobre Envejecimiento y la salud (2015) Realiza indicaciones a los asociados, a los Estados miembros y la Directora General
2018	Conferencia Internacional de Expertos sobre Derechos Humanos de las Personas de Edad	Garantiza los derechos humanos de todas las personas mayores en igualdad de condiciones prestando especial atención a aquellos que se encuentran en situación de exclusión social
2020	Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030 (OMS, 2020)	Crear ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores Garantizar a las personas mayores una atención integrada y centrada en la persona Proporcionar acceso a atención a largo plazo en la comunidad a las personas que lo necesiten

Fuente: Elaboración propia a partir de páginas web de Naciones Unidas y OMS.

El primer instrumento de este siglo lo constituye la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento¹⁰ aprobado en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002. En el mismo, tratan de responder

⁹II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002.

¹⁰<https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>

a los retos y oportunidades que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades (ONU, 2002a).

Este instrumento favorece y posibilita que los Estados garanticen a las personas mayores información sobre sus derechos, mejorando la participación e inclusión social. Se incorporan cuestiones como el EA, la participación real, entre otras. Es decir, que el colectivo de personas de edad pase de ser destinataria de políticas sociales a ser sujetos de derechos.

La Declaración de Intenciones del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME) apunta que “es la primera vez que los gobiernos han aceptado vincular las cuestiones del envejecimiento a otros marcos del desarrollo social y económico y de los derechos humanos” (ONU, 2002a, p.4). Se aborda el envejecimiento poblacional como un reto para el siglo XXI, para afrontarlo de manera efectiva, el documento señala tres líneas prioritarias que se concretan en objetivos y medidas. En el siguiente cuadro se recogen las líneas y los aspectos principales:

Cuadro 5: Líneas prioritarias y cuestiones principales de Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento

LÍNEA PRIORITARIA	CUESTIONES
Personas de edad y el desarrollo	Participación activa en la sociedad y en el desarrollo El empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo Desarrollo rural migración y urbanización Acceso al conocimiento, la educación y la capacitación Erradicación de la pobreza Solidaridad intergeneracional Seguridad de los ingresos, protección social /seguridad social y prevención de la pobreza Situaciones de emergencia
Promoción de la salud y el bienestar en la vejez	El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida Acceso universal y equitativo a los servicios Atención a personas con VIH Capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud Atención a la salud mental Personas de edad con discapacidad
Logro de entornos emancipadores y propicios	La vivienda y las condiciones de vida Asistencia y apoyo a las personas que prestan asistencia Abandono, maltrato y violencia Imágenes del envejecimiento

Fuente: Elaboración propia basada en páginas webs de Naciones Unidas.

Como refleja el plan son muchas y variadas las líneas estratégicas planteadas que buscan garantizar derechos económicos, sociales y culturales. Los gobiernos adquieren a través del mismo, el

compromiso de incorporar el envejecimiento en las agendas políticas atendiendo a las peculiaridades de cada país. Se hace eco del potencial de las personas mayores, de su experiencia, sabiduría y de la importancia de que participen activamente en la sociedad.

Avanzando en la presentación de instrumentos, también en el año 2002, se aprueba la “Decisión 26/III: eliminación de la discriminación de las mujeres de edad” al amparo de la Convención. Tiene como finalidad sistematizar y desarrollar su propia jurisprudencia respecto a las mujeres mayores y evitar la discriminación de estas (ONU, 2002b).

El tercer instrumento que se va a comentar es la Recomendación General nº 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (2010)¹¹. Es elaborada por el Comité para la eliminación de la discriminación contra las mujeres de edad y, nace con el objetivo de identificar prevenir y atender las diversas formas de discriminación hacia estas. Se reconoce que la feminización del envejecimiento es reflejo de la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a la de los varones. Se entiende que las mujeres de edad no son un colectivo homogéneo, sino diverso y heterogéneo. Considera que los Estados parte han de implementar medidas con visión de género y edad que garanticen la participación de este grupo de edad en los diferentes ámbitos.

El marco de heterogeneidad planteado apunta la importancia de analizar los datos desagregados por edad y sexo, así como, considerar cuestiones como la discapacidad, el lugar de residencia, zonas de conflicto entre otras. En definitiva, su propuesta se basa en que el principio de la igualdad de género esté presente a lo largo de todo el ciclo vital de las mujeres.

¹¹<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>

En el siguiente cuadro se exponen las recomendaciones y obligaciones dirigidas a los Estados; con la finalidad de que contribuyan a disminuir la discriminación por motivo de género y edad:

Cuadro 6: Observación General n° 27: Recomendaciones específicas a los Estados para abordar la discriminación contra la mujer de edad

Área	Recomendaciones a los Estados Parte con Mujeres Mayores
Esteretipos	Combatir los prejuicios negativos y modificar los patrones culturales de conducta que les perjudican. Deben, además, reducir y/o eliminar el abuso y maltrato en todas sus formas
Violencia	Reconocer y prohibir la violencia contra estas, incluyendo aquellas con discapacidad, en la legislación sobre violencia doméstica, sexual e institucional. Han de investigar, procesar y penar todo acto de violencia contra las mujeres de edad, incluyendo aquellos que son resultado de creencias o prácticas tradicionales Atender a la violencia sufrida en tiempos de conflicto armado, el impacto de estos en sus vidas y, su contribución tanto al establecimiento de la paz
Participación ¹²	Asegurar la participación de las mujeres mayores en la vida pública y política y, presencia en puestos públicos en todos los niveles, incluyendo los cargos públicos
Educación	Asegurar la igualdad de oportunidades educativas para todas las mujeres, de manera particular, acceso a la educación de adultos y aprendizaje a lo largo de la vida
Trabajo y pensiones ¹³	Facilitar la participación de las mujeres mayores en el trabajo remunerado y en el salario sin discriminación basada en el sexo o la edad Asegurar la no discriminación a las mujeres mayores con relación a la edad de la jubilación, garantizar pensiones adecuadas y proporcionar pensiones no contributivas adecuadas a todos los hombres y mujeres que no tengan acceso a la seguridad social, sobre una base igualitaria Asegurar que las mujeres mayores, incluyendo aquellas con responsabilidades como cuidadores tengan acceso a beneficios económicos y sociales
Salud	Adoptar políticas integrales de atención a la salud, incluyendo medidas de atención médica y social a largo plazo que incluyan, entre otras, cuidados que posibiliten una vida independiente y acciones paliativas. Adoptar programas adaptados a las necesidades físicas, mentales y emocionales y de salud de las mujeres de edad
Empoderamiento económico	Eliminar la discriminación en el área económica y social suprimiendo las barreras en el acceso a créditos agrícolas y asegurando el acceso a la tecnología, así como, ofrecer microcréditos. Facilitar el transporte apropiado para que las mujeres mayores, incluyendo aquellas de áreas rurales, puedan participar en la vida económica y social. Crear instalaciones recreativas y servicios de extensión
Prestaciones sociales	Asegurar el acceso a una vivienda adecuada acorde a sus necesidades y eliminar las barreras arquitectónicas y de movilidad. Prestar servicios sociales que les permitan mantenerse en su hogar y vivir de manera independiente el mayor tiempo posible
Mujeres vulnerables ¹⁴	Incluir a mujeres de edad en la planificación del desarrollo rural y urbano. Facilitar el acceso al agua, a la electricidad y otros servicios. Proteger a aquellas con el estatus de refugiadas, apátridas, internamente desplazadas, trabajadoras migrantes, a través de la adopción de leyes y políticas adecuadas
Matrimonio y vida familiar	Derogar la legislación que discrimine en el matrimonio y su disolución, incluyendo la propiedad y la herencia y también aquella que discrimine a las mujeres mayores viudas con respecto a la propiedad y la herencia, y protegerlas contra la apropiación indebida de sus tierras

Fuente: ONU (2010).

¹² Participación en la vida pública

¹³ Trabajo y prestaciones en materia de pensiones

¹⁴ Mujeres de edad en el medio rural y otras mujeres de edad vulnerables

Esta observación general se hace eco de la discriminación que sufre la mujer y que se agudiza en su proceso de envejecimiento. Por ello, plantea un amplio elenco de situaciones de injusticia social, tales como, la distribución no equitativa de recursos, la violencia y abusos, la dificultad para acceder a servicios y para participar en procesos políticos entre otros, a la par que establece medidas para eliminar dichas situaciones de discriminación.

Otro instrumento que resulta interesante destacar es la “Agenda 2030, para el Desarrollo Sostenible” aprobada el 25 de septiembre de 2015 por la Asamblea de Naciones Unidas. Esta reafirma la Declaración Universal de los Derechos Humanos y señala la importancia de empoderar a colectivos vulnerables entre los que se encuentran las personas de edad (art 23). La agenda se estructura en torno a 17 objetivos. Todos ellos presentan un carácter integral, universal y contemplan las diferentes realidades de cada país. En el siguiente cuadro, se recogen aquellos objetivos en los que se hace referencia explícita a las personas de edad.

Cuadro 7: ODS y referencia a las personas de edad

Nº	ODS	Referencia a personas de edad
Objetivo 2	“Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”	Aborda las necesidades de nutrición específicas de las personas de edad
Objetivo 3	“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas las edades”	
Objetivo 10	“Reducir la desigualdad en los países y entre ellos”	Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas con independencia de su edad
Objetivo 11	“Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”	Sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos, incluyendo a las personas de edad Acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles a las personas de edad entre otros colectivos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ONU (2015b).

Posteriormente, en 2015, la Asamblea General de la ONU aprueba la Resolución 70/164 de Medidas para mejorar la promoción y protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas de edad. En la misma recoge la preocupación con relación a:

Las múltiples formas de discriminación que sufren las personas de edad y por la alta incidencia de la pobreza entre ellas, especialmente las mujeres, las personas con discapacidad, los afrodescendientes, los pueblos indígenas, las personas pertenecientes a

minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, las personas del medio rural, las personas que viven en la calle y los refugiados, entre otros grupos. (ONU, 2015a, p.2)

Apunta que la discriminación que sufren estos grupos de población les impide participar en la vida social, cultural y económica. Insta a los Estados a garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas de edad. Una cuestión que resulta de gran relevancia es que acepta que no existe ningún instrumento internacional de derechos humanos de carácter vinculante centrado exclusivamente en las personas de edad; y, señala la importancia de fortalecer la implementación de los acuerdos vigentes a nivel nacional e internacional para la protección de estos derechos y considera que el PAIME sigue siendo el único instrumento internacional centrado exclusivamente en las personas de edad de carácter internacional. Finalmente, recomienda fortalecer las acciones dirigidas a lograr sus objetivos para proteger de los derechos humanos y la dignidad de las personas mayores.

A continuación, en el año 2016, la OMS aprueba la “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”.

El mismo acoge con agrado las indicaciones de la OMS en materia de envejecimiento y el Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Este documento define “el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (2016, p.14). Dicha estrategia establece tres frentes, el primero, con relación a los asociados, el segundo, relativo a los países miembros y el tercero, dirigido a la Directora General. En el siguiente cuadro se incluyen las propuestas principales dirigidas a cada grupo de acción.

Cuadro 8: “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”. Propuestas

Propuestas dirigidas a los Asociados (Organizaciones internacionales, intergubernamentales y no gubernamentales)
<ul style="list-style-type: none">• Apoyo y contribución a la consecución de la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud• Promoción del bienestar de las personas de edad avanzada y a quienes cuidan de ellas• Apoyo a las investigaciones y la innovación y promoción de intercambio de conocimientos y experiencias innovadoras• Fomento del envejecimiento saludable y combatir la discriminación por edad
Propuestas dirigidas a los Estados Miembros
<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de las medidas propuestas en la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud• Creación de un centro de coordinación y un área de trabajo sobre el envejecimiento y la salud• Apoyo y contribución al intercambio entre los Estados Miembros• Desarrollo de los entornos adaptados a las personas mayores, aumentando la sensibilización acerca de la autonomía y la participación de las personas de edad avanzada
Instan a la Directora General
<ul style="list-style-type: none">• Apoyo técnico a los Estados miembros• Elaboración de Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030 y• Realización de acciones de sensibilización, de investigación e innovación

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2016).

A través de dicho plan promueven el paradigma de envejecimiento saludable con medidas de salud pública para que se haga efectivo. Por otra parte, adopta la estrategia y plan de acción mundial sobre envejecimiento y salud. Plantea promover el envejecimiento saludable a lo largo del ciclo de la vida y luchar contra la discriminación por edad.

Otro hito significativo tiene lugar en Viena 2018 al realizarse la “Conferencia Internacional de Expertos sobre los Derechos Humanos de las Personas de Edad¹⁵. Esta incluye cuestiones en torno a la educación y el aprendizaje permanente y a la robótica y automatización. Pone de manifiesto la garantía de los derechos humanos de todas las personas mayores en igualdad de condiciones, prestando especial atención a aquellas que se encuentran en situación de exclusión social. Reconoce el valor de la tecnología como promotora del desarrollo integral de las personas, su creatividad y autoestima y, también los programas de educación comunitaria y aprendizaje permanente.

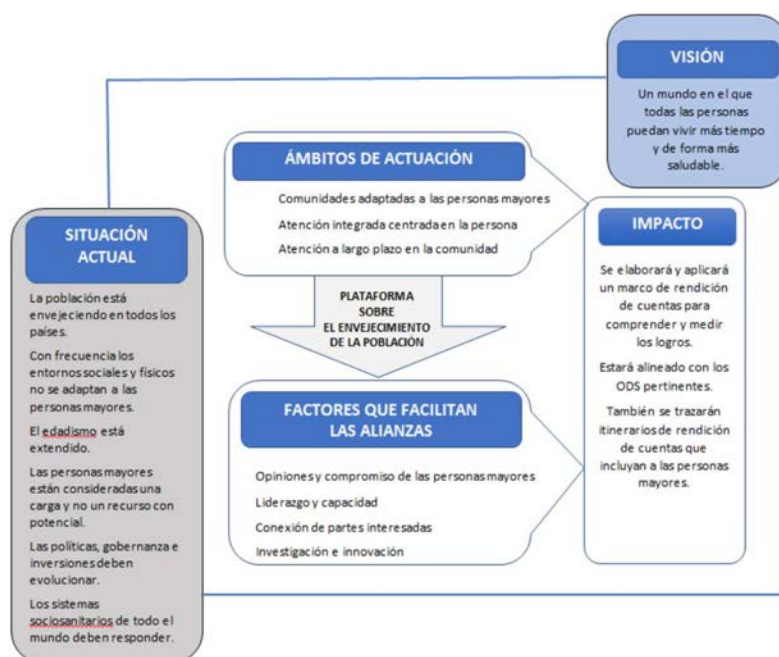
¹⁵ Conferencia organizada por el Ministerio Federal de Trabajo, Asuntos Sociales, salud y protección del Consumidor de la República de Austria.

Finalizando con la presentación de los instrumentos se apunta el “Decenio del Envejecimiento saludable 2020-2030”¹⁶ (OMS, 2020). Se trata de una declaración de intenciones que toma como referencia la situación demográfica derivada del envejecimiento de la población. Parte de la proyección de que, en 2030, al finalizar dicho decenio el número de personas de más de 60 años habrá aumentado un 56% y que este crecimiento será mayor en los países en desarrollo. Señala como importante lograr más años de vida, que estos se puedan vivir de forma más saludable y disminuir las desigualdades sanitarias.

Dicho documento se encuentra alineado con el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (ONU, 2002a), con la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2016-2030) y con Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015b).

La siguiente ilustración recoge itinerarios de transformación con respecto a la situación en 2020 hacia el logro de la visión del Decenio del Envejecimiento Saludable y la contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030.

Figura 1: Visión del Decenio del Envejecimiento Saludable y vinculación con ODS



Fuente: OMS (2020).

¹⁶https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=A1%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%202100%20millones.

En dicha imagen se ponen de manifiesto la situación actual respecto al envejecimiento poblacional, los ámbitos de actuación apuntados, así como el impacto de los mismos en la sociedad. Los ámbitos que se destacan son: a) crear ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores; b) garantizar a las personas mayores una atención integrada y centrada en la persona; y, c) proporcionar acceso a una atención a largo plazo en la comunidad a las personas que lo necesiten. Apuntan medidas en cada uno de ellos en un nivel individual y comunitario.

Dichas cuestiones están íntimamente relacionadas con los objetivos profesionales del TS, los cuales promueven mejoras en la calidad de vida de las personas e inclusión social y comunitaria.

Se recoge la importancia de luchar contra el edadismo, entendido como aquellos prejuicios y estereotipos hacia las personas mayores por razón de su edad. Para combatir éste, se han de realizar acciones complementarias desde los tres ámbitos de actuación señalados.

Visto lo anterior, el Decenio del Envejecimiento saludable 2020-2030 incorpora, por una parte, la visión de que las personas puedan vivir el máximo tiempo posible, de la manera más saludable y con las menores desigualdades sanitarias. Por otra parte, reconoce la importancia de las alianzas y de los factores que facilitan estas, tales como el liderazgo, el compromiso de las personas mayores y la investigación entre otros.

En definitiva, se observa la existencia de diversos instrumentos y herramientas que desde la mitad del siglo XX han tratado de responder a las necesidades de las personas mayores. La diversidad en cuanto a tipología, alcance y multidimensionalidad, se reflejan en la pluralidad de los derechos que buscan garantizar y en los métodos empleados. Sin embargo, se hace preciso complementarlos con Procedimientos Especiales que permitan incrementar dichas garantías. En el siguiente epígrafe se van a abordar dichos instrumentos.

2.1.3. Procedimientos Especiales

En la línea de defensa de los derechos humanos (DDHH) de las personas de edad, Naciones Unidas establece otros instrumentos y mecanismos que buscan, por un lado, garantizar los derechos y libertades de las personas de edad y, por otro, conocer el grado de cumplimiento de los mismos. Son instrumentos, que actúan de manera complementaria, a los estudiados en apartados anteriores. Se trata del Grupo de trabajo de composición abierta sobre Envejecimiento y el Experto

Independiente. Estos debieran realizar sus funciones de forma conciliada y evaluar la aplicación de otras herramientas como el PAIME y otras recomendaciones o resoluciones.

El Grupo de Trabajo de composición abierta sobre Envejecimiento¹⁷ fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 65/182 de 21 de diciembre de 2010 de Seguimiento en el marco de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (ONU, 2002c). En él pueden participar todos los Estados de Naciones Unidas. Nace con la finalidad de examinar el marco internacional vigente, determinar limitaciones y formas de abordarlas. Fruto de consultas previas a los diferentes Estados presenta el proyecto de resolución “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad” (ONU, 2013b) y el “Informe de seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” (ONU, 2013c).

Hasta julio de 2020 han tenido lugar diez sesiones de trabajo. Tras estudiar las cuestiones trabajadas se aprecia la pluralidad de las mismas. Materias tales como salud, educación, sanidad, servicios sociales y participación social, entre otras. En los programas de trabajo se aprecian contenidos como por ejemplo, inclusión social, incorporación laboral, participación; relacionados con el concepto de EA.

Un segundo Procedimiento Especial lo constituye el Experto Independiente. ONU (2012) define en su página web a esta institución de la siguiente manera:

Los Expertos Independientes constituyen un mecanismo de los Procedimientos Especiales nombrados por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU para examinar e informar sobre un tema o cuestión específica de derechos humanos. Los Expertos Independientes ejercen el cargo a título honorario y no forman parte del personal de las Naciones Unidas, ni perciben un sueldo por el desempeño de su mandato. Expresan sus opiniones a título independiente y no representan a sus respectivos Gobiernos.¹⁸

Participa como experto, en conferencias internacionales y, elabora estudios e informes en base a los mismos como las consecuencias en materia de derechos humanos de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

¹⁷<https://social.un.org/ageing-working-group/index.shtml>

¹⁸<https://www.ohchr.org/SP/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx>

Otro instrumento complementario, es el Relator especial. Así, en diferentes Declaraciones se ha instado a los Estados a promover la designación del Relator Especial sobre los derechos de las personas de edad (Huenchaun & Rodríguez-Piñero, 2010). Entiende Rodríguez-Piñero (2010) que esta figura contribuiría a apoyar iniciativas en los diferentes ámbitos; favorecería el feedback de iniciativas y prácticas exitosas y; del mismo modo, promovería que se abordaran las carencias que dificultan la protección de las personas de edad.

2.2. PERSPECTIVA EUROPEA EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO

Una vez realizado el recorrido por los instrumentos internacionales que promueven los derechos de las personas mayores se van a identificar hitos europeos en el desarrollo de la protección de las personas de edad.

En primer lugar, se presentan en el siguiente cuadro de manera sintética, los instrumentos que se dirigen a la población en general y no de una forma específica a las personas de edad: son derivados principalmente del derecho originario, aunque también se incluyen estrategias e hitos que complementan las anteriores.

Cuadro 9: Hitos de protección a las personas mayores

Fecha	Instrumento	Tipo	Aportación para las Personas Mayores
1997	Tratado de Amsterdam (Parlamento Europeo, 1997)	Tratado constitutivo	Lucha contra la discriminación por razón de edad (art 113)
2002	Versión Consolidada del Tratado de la UE y del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea	Tratado constitutivo	Lucha contra la discriminación por razón de edad (art 13)
2007	Carta de los derechos fundamentales UE ¹⁹ (Parlamento Europeo, 2007a)	Carta derechos fundamentales	Art. 21.1. Prohíbe la discriminación por razón de edad Art. 25 Derechos de las personas mayores: La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural
2007	Tratado de Lisboa (Parlamento Europeo, 2007b)	Tratado constitutivo	Art. 3 La Unión combatirá la exclusión social y la discriminación, fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, y la solidaridad entre las generaciones
2010	Estrategia “Europa 2020: Una estrategia para el crecimiento inteligente, sostenible e integrador” ²⁰ (Comisión Europea, 2010)	Estrategia	Reconocimiento del factor estructural envejecimiento poblacional Orientado al empleo de los trabajadores mayores (55-64 años) Tecnologías que permitan a los mayores vivir independientemente y ser activos en la sociedad. (Iniciativa emblemática: “Unión por la Innovación”)
2017	El pilar europeo de derechos sociales en veinte principios (Comisión Europea, 2017 a) ²¹	Principios	Implica el reconocimiento de derechos sociales efectivos agrupados en tres categorías. Reconoce la Igualdad de oportunidades y de trato con independencia de la edad (art 3) y derecho a las pensiones y prestaciones de vejez, derecho a percibir una pensión acorde a sus contribuciones para garantizar una vida digna (art 15)

Fuente: Elaboración propia a partir de páginas web de Unión Europea.

Como se observa en los mismos, la cuestión principal es luchar contra la discriminación derivada de la edad, así lo recogen varios tratados constitutivos como el de Ámsterdam (1997), la versión consolidada (2002) y el de Lisboa (2009). También recoge dicho principio el Pilar Europeo de los Derechos Sociales en Veinte Principios (2017).

¹⁹<https://fra.europa.eu/es/eu-charter/title/title-iii-equality>

²⁰<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC2020&from=ES>

²¹https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es#:~:text=Enlaces%20relacionados-,El%20pilar%20europeo%20de%20derechos%20sociales%20consiste%20en%20dar%20a,Condiciones%20de%20trabajo%20justas.

Por otra parte, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2007) establece como principio la lucha contra la discriminación por razón de edad y dedica el art. 25 a las personas mayores, estableciendo su derecho a una vida digna e independiente y, a la participación social y cultural (UE, 2007). En segundo lugar, se presentan los hitos o herramientas que en el marco europeo abordan el EA. Estos se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro 10: Hitos europeos vinculados con Envejecimiento Activo

Año	Instrumento	Tipo	Aportación para las Personas Mayores
2009	Igualdad de oportunidades para los hombres y mujeres mayores de 50 años: vida activa y envejecimiento digno ²²	Consejo de la UE (2009)	Considera que la perspectiva de género en las diferentes estrategias y políticas de manera transversal, y de manera especial en la etapa de envejecimiento
2012	Envejecimiento sano a lo largo del ciclo vital ²³	Conclusiones del Consejo de la UE (2012a)	Envejecimiento como proceso continuo en el ciclo vital Promoción de la salud, prevención enfermedades y diagnóstico precoz, entornos saludables y asistencia personalizada entre otros para mejorar la calidad de vida Puesta en marcha de la Asociación Europea para la Innovación sobre un EA y saludable
2012	Declaración del Consejo sobre Año Europeo del EA y de la Solidaridad Intergeneracional (2012) Estrategia futura ²⁴	Declaración del Consejo de la UE (2012b)	Plantea como objetivos del año 2012 aprovechar las contribuciones de las personas mayores a la sociedad y a la economía. Mejorar la autonomía y la solidaridad entre generaciones (art 1) Elaboración de las Orientaciones que han de guiar el EA y la solidaridad entre generaciones elaboradas por el Comité de Protección Social y el Comité de Empleo
2012	Llevar adelante Plan Estratégico de Aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el EA y saludable ²⁵	Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo y al Consejo. (Comisión Europea, 2012a)	Se elige la cooperación de innovación europea en el campo del EA y saludable (CIEEAS) ²⁶ como proyecto piloto para el reto del envejecimiento. Se plantean los siguientes objetivos relacionados con el envejecimiento a) Prevención, detección y diagnóstico temprano; b) asistencia sanitaria y restablecimiento y c) EA y vida autónoma
2013	Índice de EA (Active Ageing Index - AAI) ²⁷		Guía para un trabajo empírico que permite evaluar el potencial de las personas para envejecer activa y saludablemente

Fuente: Elaboración propia a partir de páginas web de Unión Europea.

²²<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ue-igualdadoportunidades-01.pdf>

²³<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=ES&f=ST%2016665%202012%20INIT>

²⁴https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/principiosenvact_6_2_12.pdf

²⁵<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0083&from=ES>

²⁶ La Comisión ha puesto en marcha, entre otras iniciativas, las cooperaciones de innovación europea en el marco de la «Unión por la innovación», una de las iniciativas emblemáticas de la Estrategia Europa 2020,

²⁷<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>

Tal y como se recoge en el cuadro en el ámbito europeo se pone de manifiesto un esfuerzo importante por parte de las instituciones europeas para promover el EA y saludable y, hacerlo a lo largo de todo el ciclo vital de la personal y, por consiguiente, no solo en el momento de cumplir una determinada edad. Tras analizar los documentos, se observa que las principales líneas de trabajo de la Unión Europea, se han centrado de manera prioritaria en el empleo y en la visión productivista de las personas (Walker, 2005; Marsillas, 2016; Foster & Walker, 2015). Por ello, algunas de las medidas dirigidas a las personas mayores tienen como objetivo disminuir las jubilaciones anticipadas y promover el mantenimiento de las personas en el mercado laboral ampliando la edad de jubilación.

Atendiendo al objeto de estudio de la tesis, se va a estudiar con más detalle los instrumentos que se centran específicamente en el EA. Como se puede observar, conforme se avanza cronológicamente en el tiempo se incorporan más dimensiones, considerando el EA desde un enfoque plural y multidimensional que reconoce líneas como la seguridad, la participación, la salud y el empleo.

En el año 2012, se celebró el “Año Europeo del EA y de la Solidaridad Intergeneracional”. En él se presentó la “Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del EA y de la Solidaridad Intergeneracional (2012): una estrategia futura”. Esta declaración integra las orientaciones para el EA y la solidaridad intergeneracional elaboradas por los Comités de Empleo y Protección Social de la UE, cuyo objetivo es guiar a los Estados miembros en estas materias. Tal y como se apunta en el siguiente cuadro, el Consejo de la UE (2012, p.4) recoge las orientaciones para el EA y la solidaridad intergeneracional:

Cuadro 11: Orientaciones para el EA y la solidaridad intergeneracional (2012): Áreas y subáreas

Área	Subáreas
Empleo	Las recomendaciones en el área de empleo se estructuran en torno a las siguientes cuestiones tales como educación y formación permanente, condiciones de trabajo sanas, estrategias de gestión de la edad, servicios de empleo para trabajadores mayores, evitar la discriminación por edad, fiscalidad favorable al empleo, transferencia de experiencias y conciliación de trabajo y atención
Participación en la sociedad	Incluye las siguientes cuestiones tales como como seguridad de ingresos, inclusión social, voluntariado de jubilados y mayores, aprendizaje permanente, participación en toma de decisiones y apoyo a cuidadores no profesionales
Vida independiente	Las dimensiones que incorpora esta área son el fomento de la salud y prevención de enfermedades, alojamiento y servicios adaptados, transporte accesible y asequibles; entornos productos y servicios adecuados a las personas mayores e incremento de la autonomía en las atenciones a largo plazo

Fuente: Elaboración propia a partir de la Declaración del Consejo de la UE (2012b).

Como refleja dicho documento, el texto establece orientaciones en las dimensiones de empleo, participación en la sociedad y vida independiente. Establece como principios que han de guiar las estrategias, cuestiones tales como la importancia del EA y la solidaridad intergeneracional para la creación de una Europa para todas las edades; la participación de las personas de edad; la importancia de aprovechar el potencial de las personas mayores a través de diversos mecanismos; el fomento de la cooperación entre diversas generaciones; y, en definitiva, la necesidad de incorporar la perspectiva de EA en todos los ámbitos.

Vistas dichas orientaciones, el envejecimiento en general compete a toda la sociedad, y no sólo a las personas mayores. Si bien, orienta a estas a un desempeño activo, en el que las personas mayores decidan como dar respuesta a sus propias necesidades (Consejo Unión Europea, 2012).

En segundo lugar, se destaca el índice de EA (en adelante AAI).²⁸ La Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (UNECE, 2013), haciéndose eco del constructo teórico sobre EA establecido por la OMS (2002), define un índice. Este actúa como guía de un trabajo empírico, que permite evaluar el potencial de las personas para envejecer activa y saludablemente. Su finalidad es la creación de un instrumento que permita obtener un diagnóstico acerca del EA y la posibilidad de diseñar medidas y cambios en las políticas públicas para responder a las necesidades de la sociedad en general y, de este grupo de población en particular. Como se aprecia en el siguiente cuadro la medición del AAI recae en los siguientes dominios:

²⁸El AAI es fruto del trabajo de Unidad de Población de la UNECE (United Nations Economic Commission for Europe, Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa), junto con la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea y el Centro Europeo de Políticas e Investigación sobre Bienestar Social. <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>

Cuadro 12: Descripción de los dominios del AAI y los correspondientes indicadores.

Dominio	Descripción	Indicadores
Empleo	Contribución a través de actividades remuneradas en el mercado laboral	Tasa de ocupación 55-59 Tasa de ocupación 60-64 Tasa de ocupación 65-69 Tasa de ocupación 70-74
Participación en la sociedad	Contribución a través de actividades no remuneradas como cuidadores, voluntariado Participación de las personas mayores	Actividades voluntariado Cuidado de hijos/nietos Cuidado de personas adultas y mayores Participación política
Vida autónoma e independiente	Aborda dimensiones que favorecen la autonomía personal y la vida independiente	Ejercicio físico Acceso a la sanidad y a la salud dental Vida independiente Seguridad financiera Seguridad física Aprendizaje a lo largo de la vida
Capacidad y entorno propicio ²⁹	Comprende cuestiones relacionadas con la “Capacidad y los aspectos ambientales” propicios del EA y saludable. Las capacidades se definen como oportunidades sustantivas y empoderamientos para mejorar el bienestar y la calidad de vida, como la esperanza de vida, la salud, la educación, la participación social, etc.	Esperanza de vida a los 55 años Esperanza de vida libre de discapacidad a los 55 Bienestar mental Uso de las TIC Conectividad social Nivel de instrucción

Fuente: Elaboración propia a partir de UNECE (2013) y Gobierno Vasco (2013).

En esta línea, el AAI está compuesto por cuatro dominios y 22 indicadores. Estos permiten obtener una fotografía de la situación relativa al EA tanto de un país concreto, como en perspectiva comparada de los diferentes países europeos. Los indicadores se recogen en la siguiente figura:

²⁹ Tras la primera reunión del grupo de expertos (mayo 2012) deciden incorporar este dominio basado en el marco conceptual basado en la capacidad de Sen.

Figura 2: Índice de Envejecimiento Activo: dominios e indicadores

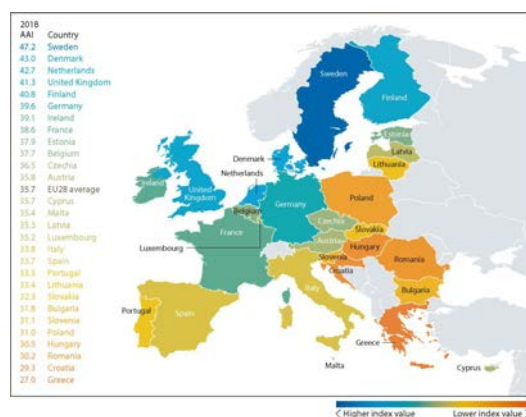


Fuente: Tomado de Estrategia Vasca de EA: 2015-2020 (p. 69). Traducción de la imagen original Web UNECE.

El AAI aporta información sobre la situación de una generación, en un momento concreto y, no permite establecer vínculos entre los distintos ciclos de la vida. Uno de los retos principales de esta herramienta es que permite la reforma de políticas sociales tras la identificación del “potencial no realizado” del EA en los Estados miembros las personas mayores. Todo ello, implica la recomendación de las personas mayores a mantenerse activas en las diferentes esferas vitales: empleo, participación, actividad física, voluntariado entre otras. Otra aportación, es la incorporación en la agenda política europea de herramientas que permiten analizar de manera comparada los diversos escenarios y, establecer medidas que posibilitan un mejor abordaje de los retos derivados del envejecimiento poblacional (UNECE, 2018).

En el siguiente gráfico se presenta el AAI en Europa en el año 2018.

Gráfico 9: Índice de Envejecimiento Activo en Europa, 2018



Fuente: UNECE (2018).

Como se puede ver en la imagen, España se sitúa entre los países con un índice medio bajo, encontrándose, por debajo de la media europea, en el puesto 18 de 28. El índice de España es de 33,7 y el de la UE de 35,7, es decir se encuentra 3 puntos por debajo de la media. Si se compara con el primer país del ranking, Suecia, la diferencia se amplía hasta los 13 puntos.

Otra cuestión que resulta de interés es conocer la evolución del índice a lo largo de un periodo de tiempo. Así, en el siguiente gráfico UNECE refleja la evolución de los países registrando los cambios en el intervalo 2010-2018.

Gráfico 10: Índice de Envejecimiento Activo, cambios 2010-2018



Fuente: UNECE (2018).

En el caso de España, se observa un incremento en los diferentes dominios respecto al año 2010. En el AAI global el incremento es de 3,4 puntos, siendo 0,3 inferior a la subida media del conjunto europeo. En el dominio de *empleo* el incremento es de 1,3 mientras que la media europea es de 4,1, es decir 2,8 puntos de diferencia. En el área de *participación social* el incremento que refleja España en este periodo es de 5,1, superando 2 puntos a la media europea cuyo incremento es de 3,1 puntos. En el tercer dominio *vida independiente, salud y vida segura* España registra un incremento superior a la media europea en 1,7 puntos. Por último, con relación a las *capacidades* el crecimiento de España en el periodo señalado, es 4,3, es decir, 0,6 puntos inferior respecto a la media. Se podría considerar que globalmente, en el periodo analizado, el AAI en España ha registrado un crecimiento ligeramente inferior a la media de la Unión Europea, destacando el incremento registrado en los dominios de participación social, salud y vida independiente. En

cualquier caso, el AAI de España en 2018 se encuentra en el puesto 18 mientras que en el año 2014 se encontraba en el puesto 17, es decir, que en este periodo a pesar del incremento registrado ha retrocedido en la categoría global un puesto.

Además de los instrumentos mencionados se refleja en las instituciones europeas preocupación en materia de envejecimiento. En esta línea, se han elaborado diferentes informes que ponen de manifiesto dicha inquietud, como el “Informe sobre el Envejecimiento 2018” (Comisión Europea, 2017)³⁰. Dicho informe analiza el impacto económico del envejecimiento de la población derivado del análisis demográfico y las proyecciones de la fuerza laboral. Asimismo, identifica diversas áreas en las que intervenir tales como pensiones, salud, cuidados de larga duración, educación y desempleo.

En la misma línea el “Informe sobre el impacto del cambio demográfico en Europa” (Comisión Europea, 2020)³¹ aborda los cambios poblacionales en Europa, como son el incremento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, la disminución del tamaño de los hogares y la movilidad de la población. En este informe se apunta la importancia de recoger estos cambios en las políticas que se desarrollan en la Unión Europea para garantizar una sociedad más justa, con igualdad de oportunidades y sin discriminación.

Finalmente, vistos los diferentes hitos, herramientas e informes que revelan el impacto que el envejecimiento de la población genera en la sociedad, se hace preciso destacar la creación de la Asociación Europea de Innovación sobre EA y Saludable (EIP-AHA); como parte de la “Estrategia Unión por la Innovación”. Es una iniciativa de la Comisión Europea que tiene como finalidad mejorar la competitividad de Europa y responder a los retos sociales a través de la investigación y la innovación. Incorpora a diferentes agentes sociales y trata de identificar dificultades para el desempeño de un EA y lograr el desarrollo de instrumentos innovadores. Los objetivos que se plantea esta entidad, tal y como recoge en su página web, son: a) mejorar la salud y calidad de vida, b) apoyar la sostenibilidad y la eficiencia a largo plazo de los sistemas de salud y c) mejorar la competitividad de la industria de la UE (EIP-AHA, 2012).

³⁰https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf

³¹https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf

Dicho organismo se estructura sobre dos pilares: por un lado, los grupos de acción; y, por otro, los sitios de referencia. Los grupos de acción³², son comunidades de socios comprometidos a trabajar el EA y saludable compartiendo su conocimiento y experiencia. Por otra parte, los sitios de referencia³³ se definen como ecosistemas inspiradores para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y de la comunidad. En 2019 existían 102 organizaciones regionales y locales que desarrollan prácticas innovadoras.

En síntesis, el año 2012 constituye un punto de inflexión dentro de la agenda social europea. En concreto la Declaración del Consejo sobre el “Año Europeo del EA y de la Solidaridad Intergeneracional (2012) Estrategia futura” y, posteriormente, el Índice de EA en el año 2013, sitúan el fenómeno del envejecimiento poblacional y, en concreto, la promoción del EA como línea estratégica prioritaria para los Estados miembros, alineándolo así con estrategias internacionales.

2.3. PERSPECTIVA NACIONAL Y AUTONÓMICA

Vistos los instrumentos internacionales y europeos, en este epígrafe se analizan los principales hitos nacionales y el caso concreto de la Comunidad Autónoma de La Rioja, dirigidos a las personas mayores en general y, de manera particular, al EA.

En dicho marco nacional se pone de manifiesto la ausencia de una normativa específica que garantice y regule los derechos de las personas mayores. Estos derechos, al igual que ocurría en el análisis internacional y comunitario, quedan amparados por documentos generales vistos en los epígrafes anteriores; y en el caso de España dicho marco general es la Constitución Española de 1978. Otorga la máxima protección jurídica a todos los ciudadanos, así en su artículo 50 afirma:

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, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

³² Los grupos que existen en la fecha de elaboración de este trabajo son los siguientes: Adherencia a la prescripción, promoción de la salud, prevención de caídas, atención integrada, soluciones de vida independiente y entornos amigables con la edad

³³ https://ec.europa.eu/eip/ageing/about-the-partnership_en

Es decir, esta norma apunta dos cuestiones significativas para las personas mayores: la suficiencia económica garantizada y el establecimiento de un sistema de servicios sociales para la cobertura de las necesidades de salud, vivienda, cultura y ocio.

Visto lo anterior, se puede señalar que no existe una norma que garantice y detalle los derechos de las personas mayores con carácter universal; si bien, se encuentran normas que amparan derechos para personas que se encuentran en situación de dificultad y/o vulnerabilidad. Véase los procedimientos de incapacitación y tutela a los que hace referencia el Código Civil y que tienen como finalidad generar respuestas adecuadas por la existencia de una enfermedad o deficiencia física o psíquica persistente que impida a la persona gobernar su vida por sí misma (Art. 200 del Código Civil). Y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como otro ejemplo de ello, una normativa orientada a garantizar la atención a personas en situación de dependencia y a fomentar la autonomía personal. En ambos casos, se trata de leyes que no se dirige de manera específica a las personas mayores, aunque podrían ser el principal colectivo destinatario de las mismas.

Dicho lo anterior, 16 años después de la promulgación de la carta Magna se aprobó el Real Decreto 2171/1994 que crea el Consejo Estatal de las Personas Mayores³⁴. Se trata de un órgano colegiado, asesor y consultivo de la Administración del Estado. Tiene como finalidad institucionalizar la participación de las personas mayores en las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este colectivo en el marco de las competencias atribuidas a la Administración General del Estado. Entre sus funciones destacan: a) fomentar el desarrollo del asociacionismo y la participación de las personas mayores en la sociedad; b) establecer sistemas de cooperación entre los poderes públicos y las organizaciones sociales; y, c) fomentar el desarrollo de sistemas de calidad en las organizaciones, centros y servicios de personas mayores.

El Consejo posibilita que las personas mayores participen de manera activa en la comunidad, que formen parte del diseño e implementación de las políticas sociales y asegura la prestación de servicios de calidad.

³⁴La naturaleza, funciones, composición y funcionamiento del Consejo Estatal de las Personas Mayores, inicialmente creado por el Real Decreto 2171/1994, de 4 de noviembre, se regula por el Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero, (BOE de 5 de febrero), que ha sido parcialmente modificado por el Real Decreto 1128/2008, de 4 de julio (BOE de 10 de julio) y por el Real Decreto 1434/2008, de 29 de agosto (BOE de 1 de septiembre).

A nivel operativo, las normas existentes se pueden concretar en diferentes Planes y/o Estrategias. Proceso que implica, la identificación de líneas principales, con sus correspondientes objetivos y medidas concretas para la consecución de los mismos. En relación con el envejecimiento son varios los hitos que, en forma de elemento de planificación, tienen un impacto en las políticas nacionales porque marcan las directrices que han de guiar a estas.

El primero de ellos es el “Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007” del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). Dicho documento establecía las siguientes líneas de actuación: igualdad de oportunidades, cooperación, formación especializada, información e investigación.

El segundo hito es el “Libro Blanco de Envejecimiento Activo 2011” (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011). Este documento es elaborado a iniciativa del gobierno de España y sirve de guía a las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. SE establecen propuestas para responder al reto demográfico del envejecimiento de la población.

El tercero es el “Marco de actuación para las personas mayores. Propuestas y medidas para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2014). Realiza propuestas en materia de empleo, participación social, vida independiente y no discriminación, igualdad de oportunidades y atención a situaciones de mayor vulnerabilidad.

El cuarto y último elemento significativo es la “Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2017). Aprobada por el Pleno del Consejo Estatal de Personas Mayores en la sesión extraordinaria del día 30/11/2017. Se basa en las orientaciones de la Unión Europea y de la OMS en materia de envejecimiento.

En esta línea, la estrategia actual presenta un diagnóstico de la situación de las actuaciones en materia de EA y expone unos datos básicos de las personas mayores en España, de su empleo, participación y otras situaciones relacionadas con el envejecimiento saludable, la discriminación de las personas mayores y los malos tratos.

Tras un diagnóstico inicial la estrategia se estructura en torno a cinco líneas de atención:

- ✓ Mejora de los derechos de los trabajadores y alargamiento de la vida laboral.
- ✓ Participación en la sociedad y en sus órganos decisorios.

- ✓ Promoción de vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros.
- ✓ No discriminación, igualdad de oportunidades y atención a situaciones de fragilidad y de mayor vulnerabilidad.
- ✓ Actuaciones relativas a evitar el maltrato y los abusos a las personas mayores.

Esta herramienta se considera de gran importancia para el abordaje de la atención a las personas mayores por tratarse de un instrumento multidisciplinario e integral que sitúa a la persona mayor en el foco de atención. Se abordará de manera detallada en el capítulo en el que se exponen la comparativa de las diferentes estrategias y planes existentes a nivel autonómico y estatal.

En la Comunidad Autónoma de La Rioja su propio Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio), recoge en su art 31, la competencia exclusiva de esta administración en “la promoción e integración de la tercera edad y demás grupos sociales necesitados de especial protección”. Lo hace en un enunciado de carácter abierto, en el que enumera varios colectivos vulnerables tales como población inmigrante y personas con discapacidad entre otros. En esta línea, recoge también la competencia de crear centros de protección, promoción y rehabilitación para dichos colectivos.

También con carácter general la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja²⁵ en el punto IV de la Exposición de Motivos señala:

El Gobierno de La Rioja tiene entre sus principales prioridades la atención a las personas en situación de dependencia, ya sean mayores o con discapacidad; por ello, los esfuerzos presupuestarios de los últimos años han permitido consolidar una importante red pública de atención a estos colectivos.

Es decir, alude a las personas mayores vinculando las mismas a la situación de dependencia, no con un carácter general. Se hace al incorporar el Sistema Riojano para la Autonomía Personal y Dependencia como parte integrante del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.

Para conocer las diferentes normas existentes a nivel autonómico se realizó una consulta en la página web del gobierno de La Rioja, en febrero de 2021. En la misma se introdujo el término “personas mayores” en el título de las disposiciones. Posteriormente, se analizó la normativa dirigida de manera específica a este colectivo. En líneas generales, están relacionadas con la regulación de prestaciones, servicios y recursos. En el siguiente cuadro se enumeran las mismas señalando su ámbito principal:

Estudio del Envejecimiento Activo desde la perspectiva del Trabajo Social

Cuadro 13: Normativa de La Rioja dirigida específicamente a personas mayores (1998-2020)

Título de la norma	Ámbito
Resolución de 8 de junio de 2020, de la Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores por la que se establece el Plan de transición a la nueva normalidad en el servicio de Centro de Día para personas mayores en el Sistema Público Riojano de Servicios Sociales y servicios de Promoción de la Autonomía Personal para personas mayores	Centros de Día
Orden FOM/35/2019, de 21 de agosto, de la Consejería de Fomento y Política Territorial, por la que se modifica la Orden 5/2012, de 12 de julio de 2012, de la Consejería de Obras Públicas, Política Local y Territorial, por la que se regula el procedimiento para la obtención del carné de transporte de las personas mayores de 65 años y de otros colectivos prioritarios y se establecen las bases para la concesión de subvenciones como compensación a las reducciones tarifarias que se establecen a las mismas	Transporte
Borrador de Decreto de 21/7/2018 por el que se crean las unidades de atención socio sanitaria públicas en centros residenciales de personas mayores y se regula el proceso de acceso a las mismas	Centros socio sanitarios
Decreto 17/2018, de 25 de mayo, por el que se regulan los requisitos mínimos de los Centros de Día para Personas Mayores	Centros de Día
Orden 7/2017, de 20 de diciembre, de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia, por la que se crea y regula el Consejo Sectorial de Personas Mayores de la CA de La Rioja	Participación
Decreto 42/2016, de 4 de noviembre, por el que se regula el estatuto de los Centros de Participación Activa para personas mayores	Centros de Participación Activa/participación
Decreto 3/2012, de 16 de febrero, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial para personas mayores en situación de riesgo o exclusión social del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales	Centros residenciales
Decreto 24/2010, de 22 de abril, por el que se regula el sistema de acceso a plazas públicas en Centros de Día para personas mayores dependientes del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia	Centros de día
Decreto 131/2007 por el que se modifica el Decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes	Prestaciones cuidadores
Orden 12/2001, de 4 de septiembre, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales por la que se determina el precio público de los centros residenciales de personas mayores propios y concertados con la CA de La Rioja	Centros residenciales
Decreto 60/1998, de 9 de octubre, por el que se regulan los requisitos mínimos de los pisos y viviendas tuteladas para personas mayores en el ámbito de la CA de La Rioja	Vivienda tutelada
Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja	Centros residenciales

Fuente: Elaboración propia a partir de la página web del Gobierno de La Rioja (junio 2020).

Visto lo anterior, como se observa en el cuadro la gran parte de la normativa autonómica se refiere a la creación, gestión, requisitos y disposición de precios públicos de recursos sociales, tales como, centros residenciales, centros de día, centros socio sanitarios, centros de participación activa y viviendas tuteladas.

Vinculado al objeto de este trabajo se destacan las normas que abordan la participación de las personas mayores.

En primer lugar, el Decreto 42/2016, de 4 de noviembre, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Participación Activa para personas mayores que establece en su artículo 3:

Los Centros de Participación Activa son centros públicos del Gobierno de La Rioja, polivalentes y abiertos que se configuran como instrumentos activos de promoción de la convivencia, la solidaridad, la participación y la integración social, así como centros de referencia para la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores.

Estos centros públicos de carácter comunitario, abiertos y polivalentes tienen como objetivos impulsar la relación de las personas mayores con otros grupos de población, tal y como establece el artículo 4. Ofrecen una oferta variada de cursos y actividades que responda a las necesidades y gustos de los mismos. Son centros que promueven la autonomía personal, apoyan la prestación de servicios sociales, fomentan la ayuda mutua y el voluntariado y disminuyen el aislamiento social. En definitiva, apoyan el cambio de paradigma del envejecimiento promoviendo una visión activa y positiva de las personas mayores en las que se valore las aportaciones sociales que realizan al conjunto de la sociedad.

La norma señala los requisitos y los derechos y deberes de los mismos. Con relación a los derechos, destaca el derecho a la participación en programas, servicios, actividades, grupos de trabajo, realización de sugerencias y, la participación en cuanto a formar parte de los órganos de participación y representación existente en los centros: Junta de participación y Asamblea General.

Por otra parte, la Orden 7/2017, de 20 de diciembre, de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia, por la que se crea y regula el Consejo Sectorial de Personas Mayores de la Comunidad Autónoma de La Rioja, que establece en su artículo 1:

La presente Orden tiene por objeto crear y regular la composición, el funcionamiento, las competencias y el régimen jurídico del Consejo Sectorial de Personas Mayores de La Rioja como órgano colegiado, de carácter consultivo y de participación social que permite canalizar la participación y la colaboración de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas del Gobierno de La Rioja que directamente les afecten e incidan en su bienestar social y calidad de vida.

Se trata de un órgano colegiado adscrito al Consejo Riojano de Servicios Sociales de La Rioja. Entre sus funciones se encuentran tareas tales como la formulación de alegaciones a normativas y planes relativos objeto de su interés; la realización de propuestas de mejora de servicios del sector de las personas mayores, el fomento del asociacionismo, la promoción de la participación y el voluntariado y, en definitiva, la protección y promoción de la calidad de vida de las personas mayores (art 3).

Ambas normativas ponen en valor las capacidades de las personas mayores y la importancia de generar espacios estables de participación que incrementen la autonomía, la calidad de vida y prevengan situaciones de dependencia. Es decir, posibilitan el desarrollo de espacios participativos, principalmente, de carácter comunitario, en los que las personas mayores puedan seguir realizando aportaciones y contribuciones sociales, mejorar su inclusión social y, contribuir a la mejora de la sociedad en general.

En cuanto a las estrategias y planes existentes en la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de envejecimiento, se puede señalar que esta comunidad carece de un plan actual de envejecimiento. Sin embargo, existen dos documentos que resultan de interés. En primer lugar, la “Agenda para la población de La Rioja 2030” (2017) y, en segundo lugar, el “II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2007/2010)”.

El primero de ellos, realiza un diagnóstico demográfico de la situación de la Comunidad Autónoma. Establece diferentes objetivos relacionados con el apoyo a las familias y el fomento de la natalidad, la emancipación de la juventud, el desarrollo territorial equilibrado, la interculturalidad, el retorno voluntario de riojanos emigrados y con la longevidad, calidad de vida y EA.

Este último aspecto se concreta en el objetivo 6 de la siguiente manera:

Longevidad, calidad de vida y EA: Favorecer una vida más longeva y de calidad mejorando los servicios sanitarios para reducir el nivel de dependencia de la población envejecida de la Comunidad Autónoma de La Rioja y fomentar una mayor participación activa de este grupo de edad en el ámbito económico, político y social.

Se basa en el paradigma positivo del envejecimiento desde la oportunidad y no desde la “complicación”, promueve la participación de las personas mayores en diferentes esferas vitales, pone en valor la contribución de los mayores al mercado laboral y la solidaridad intergeneracional.

En segundo lugar, el “II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2007/2010)” recoge los objetivos y las medidas en áreas como servicios sociales, salud, transporte, deporte, vivienda y educación entre otras. El plan ha finalizado su periodo de vigencia hace más de 10 años no habiéndose aprobado planificaciones posteriores al respecto por lo que se encuentra obsoleto.

La carencia de planes y estrategias integrales específicos de Envejecimiento vigentes, no implican una ausencia o la falta de desarrollo de programas y proyectos concretos dirigidos a este grupo de población; sino que indicarían la falta de un marco general y una supeditación a programas específicos, aportando enfoques locales y parciales y no holísticos ni transversales.

2.4. HACIA UNA CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Naciones Unidas en diferentes espacios señala que, con independencia de las recomendaciones y de las buenas intenciones de los Planes, siguen existiendo carencias. En esta línea, el informe de seguimiento del plan de 2012 constata que existen deficiencias significativas entre las políticas y la práctica, en base a la carencia de fondos y la falta de recursos (Naciones Unidas, 2013c).

Es decir, Naciones Unidas reconoce las lagunas normativas relativas a los derechos de las personas mayores, al omitir la edad, en la mayor parte de los instrumentos, como factor de discriminación (Huenchuan & Rodríguez-Piñeiro, 2009).

En la misma línea, Alemán y Martín (2014) tras estudiar los diferentes mecanismos de protección a las personas de edad, afirman que:

Los instrumentos de derechos humanos existentes resultan insuficientes para evitar la discriminación que sufren las personas mayores por motivos de edad. Por lo tanto, queda en evidencia la necesidad de poner en marcha una Convención sobre los Derechos Humanos de las personas mayores, que implique una apuesta hacia el derecho internacional, y que por supuesto, sea vinculante. Desde esta Convención Internacional, se abordaría la lucha contra el edadismo, tan presente en casi todas las sociedades, y que impide a las personas mayores ser ciudadanos de pleno derecho. (p.237)

Otras instituciones reclaman una Convención Internacional sobre las personas adultas mayores al considerar que los instrumentos actuales no garantizan la protección necesaria a este grupo de población siendo preciso que exista un marco legal que ofrezca mayores garantías de los derechos humanos y que permita luchar contra la discriminación por razón de edad (Helpage Internacional, 2014, 2.017).

En el ámbito profesional que nos ocupa, TS y derechos humanos de las personas mayores, se observa una gran vinculación entre ambos. Así, la propia definición del TS se sustenta en dichos derechos, promoviendo y garantizando el ejercicio de los mismos de toda la población y de manera especial de aquellas personas o colectivos que se encuentran en situación de dificultad o vulnerabilidad social, como pueden ser las personas mayores.

Por ello, se hace preciso avanzar en la consolidación de los derechos humanos en la población en general y, de manera particular, en las personas mayores; previniendo y detectando la discriminación por razón de edad y denunciando la vulneración de los mismos. Los y las profesionales del TS han de colaborar en la defensa y garantía de los derechos humanos de las personas mayores.

BLOQUE II:

MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 3.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El objetivo de este capítulo es analizar el constructo teórico y político del EA. En una primera parte se abordan cuestiones como las teorías psicosociales del envejecimiento, la evolución del paradigma de envejecimiento, sus antecedentes y el progreso de dicho concepto, pasando por términos como el envejecimiento saludable, exitoso, productivo y, finalmente activo. En una segunda parte, se estudian los enfoques políticos y científicos, las dimensiones operativas del mismo, los principios inspiradores y, por último, las principales herramientas de evaluación.

3.1. TEORÍAS PSICOSOCIALES DE ENVEJECIMIENTO

La revolución demográfica del envejecimiento es un fenómeno que acontece desde mediados del siglo XX ocasionado por una tendencia de la natalidad descendente y un incremento de la esperanza de vida. Ello constituye un reto de extraordinario calado al que responder (Kalache, 1999; Foster & Walker, 2013; Marsillas, 2016).

Se trata de un concepto multidimensional en el que entran en juego diferentes dimensiones sociales, sanitarias, laborales, económicas y, personales entre otras. A grandes rasgos, diversos autores identifican una doble perspectiva, por un lado, se encuentran aquellas cuestiones ligadas al concepto poblacional y que tienen un componente claramente colectivo y, por otro, las relativas a la experiencia individual. Cada una de ellas considera diferentes aspectos del mismo proceso (Fernández- Ballesteros *et al.*, 2006; Zamarrón, 2013; Marsillas, 2016). La aplicación de cada enfoque da lugar a líneas de acción diferentes (Marsillas, 2016). Es la combinación de ambos enfoques lo que permitiría una visión integral e íntegra del envejecimiento.

El envejecimiento desde un enfoque poblacional sitúa el foco de atención en sus indicadores, en el número de sujetos que se encuentran en una franja de edad, en el porcentaje de personas de edad sobre el total de la población; es decir, se centra en un nivel macrosocial (Fernández -Ballesteros

et al., 2006; Marsillas, 2016). Generalmente, este abordaje poblacional del envejecimiento basado en indicadores macro, responde a los planteamientos de los poderes públicos en el diseño de las políticas públicas dirigidas a este grupo de población (Marsillas, 2016).

De manera complementaria, el abordaje individual del envejecimiento se entiende como “un proceso biopsicosocial dinámico y progresivo influido por la edad y los genes, así como, por las interacciones en las condiciones socio ambientales con los sucesos personales y comportamentales” (Bandura, 1986). En esta línea de cambios y transformaciones físicas, psicológicas y sociales; se refleja la heterogeneidad y la diversidad de cada persona para adaptarse a su entorno (Lucena *et al.*, 2010). Se trata de un proceso vital que tiene una gran vinculación con las decisiones y los comportamientos que las personas han llevado a cabo a lo largo de su vida (Fernández Ballesteros *et al.*, 2004). Es decir, cada persona es responsable, al menos en parte, de cómo acontece el proceso de envejecimiento debido a las decisiones personales tomadas a lo largo de su vida y relacionadas con diferentes aspectos familiares, participativos y de salud entre otros. Si bien es cierto, que existen variables externas pertenecientes a los niveles meso y macro que van a condicionar e influir en el envejecimiento individual (OMS, 2002, Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016). Así, la forma de envejecer va a depender tanto de cuestiones estructurales como son las directrices sociales y políticas de un lugar, como de aspectos individuales que cada persona va adoptando a lo largo de su vida (Zamarrón, 2013; Marsillas, 2016; Cuesta, 2020).

Para estudiar el envejecimiento se han formulado variados postulados, la mayoría de ellos agrupables en teorías del envejecimiento con una perspectiva positiva y otras con un enfoque negativo. De manera inicial, los estudios sobre envejecimiento se centraron en las pérdidas, en los déficits, en los deterioros por áreas (Franco & Sánchez, 2008). Posteriormente, el enfoque positivo se fue relacionando con el paradigma del envejecimiento exitoso (Marsillas, 2016).

En vinculación con el objeto de nuestra investigación, el foco se va a situar en el abordaje de teorías psicosociales, descartando otras teorías de corte sanitario, político y/o laboral. Así, se apuntan dos modelos de envejecimiento que pueden ser representativos de los grandes paradigmas de envejecimiento. Por un lado, la teoría de la desvinculación (Cumming & Henry, 1961) representativa del enfoque negativo del envejecimiento y, por otro lado, la teoría de la actividad (Havighurst, 1953, 1961, 1963; Havighurst *et al.*, 1963) característica del paradigma positivo.

A continuación, en el siguiente cuadro, se presentan las características principales de la teoría de la desvinculación, entre cuyos precursores se encuentran Cumming y Henry (1961).

Cuadro 14: Rasgos principales de la teoría psicosocial de la desvinculación

Rasgos	Descripción
Tesis principal	Asume la desvinculación como un proceso inevitable y deseado por las personas mayores, por el que van abandonando de forma voluntaria las actividades desempeñadas, reducen sus relaciones sociales y su implicación social y comunitaria
Proceso individual	Proceso inevitable y deseable, respuesta adaptativa propia por las pérdidas físicas
Entorno socio familiar	Declive de la participación y compromiso social en la vejez Transferencia ordenada de poder a las generaciones más jóvenes
Críticas	Ignora las percepciones y las necesidades de cada persona mayor Rechaza la participación y el compromiso de las personas mayores
Persistencia en la actualidad	Prejuicios vinculados a personas de edad tales como incapacidad, aislamiento, improductividad, la homogeneidad entre otros. Roles pasivos, improductivos y reducidos al ámbito doméstico.

Fuente: Elaboración propia a partir de Cumming y Henry (1961) y Marsillas (2016).

Esta teoría entiende el envejecimiento como el proceso natural que implica una pérdida de capacidades y una desconexión progresiva. Tal y como apunta Marsillas (2016):

La desvinculación se asume como un proceso inevitable y deseable (...) desde una perspectiva negativa, el tema del envejecimiento con éxito considera que este existe cuando la persona se retira voluntariamente del trabajo o la vida familiar y, o bien se sienta con satisfacción en una “mecedora” o bien ejerce otras actividades solitarias y pasivas mientras se prepara para morir. En este sentido, el declive en la participación y compromiso social en la vejez es una necesidad compartida del individuo y la sociedad. (p.39)

Dichos postulados se entienden superados en la actualidad tanto desde un punto de vista político (OMS, 2002), como desde una perspectiva científica. Sin embargo, hoy en día, se mantienen algunos de los estereotipos y prejuicios vinculados a las personas mayores, relacionados con la incapacidad, aislamiento, improductividad y, la homogeneidad, entre otros.

Desde el enfoque del paradigma positivo, la teoría de la actividad sería la máxima representante en las teorías psicosociales. La actividad es considerada como el elemento clave para un envejecimiento exitoso. Entre sus precursores principales se encuentran Havighurst, (1957,1961, 1963) y Lemon *et al.* (1972). El siguiente cuadro apunta los elementos principales de la misma:

Cuadro 15: Rasgos principales de la teoría psicosocial de la actividad

Rasgos	Descripción
Tesis principal	La actividad es el elemento clave para desarrollar un envejecimiento saludable y exitoso. Salvo por los cambios biológicos y de salud, las personas mayores son iguales a las de mediana edad, con las mismas necesidades psicológicas y sociales (Diggs, 2008)
Proceso Individual	Participar en actividades y roles sociales se relaciona con una alta percepción de adaptación, de bienestar subjetivo y de satisfacción vital por la persona mayor (Atchley, 2006; Diggs, 2008)
Entorno Socio familiar	La persona mayor tiene que desempeñar una gran diversidad de actividades y tratar de mantener las relaciones interpersonales que compensen las pérdidas propias derivadas del proceso de envejecimiento. Reemplazar los roles perdidos por otros que sean productivos y por actividades realizables
Críticas	Idealización, generalización del proceso de envejecimiento, presupone que todas las personas mayores desean seguir siendo activos, considera la relación directa entre actividad y satisfacción en el plano individual (Walker, 2002)
Persistencia en actualidad	Primer modelo teórico que aborda el envejecimiento desde una perspectiva positiva

Fuente: Elaboración propia a partir de Havighurst (1957,1961, 1963) y Marsillas (2016).

Esta teoría entiende que la realización de actividades contribuye a la satisfacción y a la mejora del bienestar de las personas mayores. Por ello, se centra en proponer y plantear diversidad de actividades para la consecución de dicho bienestar.

Walker (2002) considera que la teoría de la actividad se generó de manera reactiva a la teoría de la desvinculación. Ambas teorías son diametralmente opuestas, sin embargo, han sido criticadas y desechadas por la comunidad científica. Como se recoge en el cuadro de la teoría de la desvinculación, las críticas derivan de la falta de consideración de las necesidades individuales y, por la falta de valoración y estímulo a las personas de edad con compromiso social participativo. Por su parte, las críticas a la teoría de la actividad se relacionan con el carácter idealista de la misma y, con la homogeneización del proceso de envejecimiento al entender que todas las personas mayores tienen los mismos deseos de permanecer activos (Marsillas, 2016). Por otra parte, no se consideran los factores contextuales que afectan al proceso de envejecimiento y se relacionan directamente la participación y la satisfacción (Walker, 2002) por lo que toda la responsabilidad derivada de la satisfacción vital recae en el propio individuo al no considerar elementos estructurales. Siendo descartadas ambas teorías, la de la actividad ha tenido una gran repercusión social como inicio del paradigma positivo de envejecimiento. En el siguiente epígrafe, se abordará dicho paradigma y, se expondrá la evolución de los términos empleados en el mismo, tales como envejecimiento saludable, exitoso, productivo y activo.

La teoría de la actividad subyace en el paradigma mencionado, siendo a finales del siglo XX cuando se desplaza el foco de atención. Las pérdidas, los déficits, las limitaciones y las necesidades pierden peso y pasan a enfocarse cuestiones como las oportunidades, aportaciones y el desarrollo de las personas mayores. Todo ello implica una nueva percepción del envejecimiento. Las marcadas tendencias demográficas favorecieron estos procesos, ya que, propiciaron respuestas adaptativas positivas por parte de los poderes públicos. Tanto la OMS como la UE desarrollaron programaciones y declaraciones institucionales que situaban a las personas mayores en el centro de las políticas sociales y pusieron en valor las aportaciones de las personas de edad a la sociedad en general.

3.2. EVOLUCIÓN DEL PARADIGMA DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento ha ido acompañado de diversos adjetivos tales como exitoso, saludable, productivo y activo. En muchos casos, se utilizan indistintamente ante la carencia de definiciones consensuadas (Bowling, 2007; Marsillas, 2016). Tal y como señala Marsillas (2016), hay autores que lo utilizan de manera indiscriminada, y otros, que tratan de establecer diferencias entre cada uno de estos conceptos. Todos ellos tienen el denominador común de aportar una visión positiva de la vejez. En esta línea, se recoge un estudio de Fernández- Ballesteros (2009), que analiza la presencia de estos en internet y en diversa literatura científica. El trabajo arroja los siguientes resultados. En internet el término más empleado es el del EA. En la búsqueda realizada en literatura científica se observan resultados dispares. En la base de datos Pub Med, especializada en ciencias de la salud, el término con mayor presencia es el de envejecimiento saludable. En las bases de datos de psicología, Psychinfo; y, en la de sociología, Sociological Abstract, el término más utilizado es el de EA. Es decir, el concepto de EA está en auge. Según considera Marsillas (2016), la generalización de su empleo puede deberse a ser propuesto por parte de la OMS (2002) y establecer recomendaciones al respecto. En la misma línea, la UE adoptó una política de promoción de EA y solidaridad intergeneracional que posiblemente hayan contribuido a la difusión de este. Se puede señalar que se trata del primer concepto con una connotación política vinculada al envejecimiento (Lassen & Moreira, 2014). Es decir, a pesar de que, en la lectura de diferentes textos sobre envejecimiento, en muchas ocasiones, los términos se han empleado de manera indistinta; sin embargo, el EA es un concepto que se encuentra en crecimiento. Para esclarecer

dichos términos se van a presentar, a continuación, los elementos más significativos de cada uno de ellos.

El más antiguo es el concepto de *envejecimiento saludable*, se refiere al bienestar físico, mental y social como un resultado de un enfoque de salud positivo y multidimensional. Este término trata de captar la dimensión de calidad de vida relacionada con la salud (Peel *et al.*, 2004; Marsillas, 2016). Además, se ha vinculado fundamentalmente con aspectos físicos y mentales, se enfoca en la enfermedad, dependencia o muerte y, trata de identificar los determinantes de la buena salud por lo que presenta una visión limitada (Mendes, 2013).

En segundo lugar, el *envejecimiento productivo* se relaciona con la producción de bienes y servicios prescindiendo del bienestar de la persona. Así los autores Bass *et al.* (1993) y Walker y Maltby (2012) consideran que incluye las actividades que producen bienes o servicios, bien generando una retribución económica o sin retribución y que son desarrolladas por personas de edad. Se trata de un concepto de envejecimiento claramente reduccionista y limitado (Foster & Walker, 2013) ya que no contempla la salud de la persona y queda restringido a las aportaciones, fundamentalmente económicas, a través del mercado laboral (Davey, 2002). Hay autores que realizan una consideración más amplia de dicho concepto al incorporar el bien colectivo y la contribución social, aunque esta no sea retribuida (Pinazo, 2012). En este espacio tendrían cabida acciones de voluntariado y de cuidados a personas dependientes, entre otras. Sin embargo, la principal crítica hacia el mismo es su carácter estrecho y reduccionista (Foster & Walker, 2013).

Un tercer término es el *envejecimiento exitoso*. Tal y como apunta Marsillas (2016), cuando cita a distintos autores (Rowe & Kahn, 1987, 1997; Minkler & Fadem, 2002; Buys & Miller, 2006), envejecer con éxito implicaría tener menos probabilidad de enfermar, un estado físico y cognitivo más elevado y, un mayor compromiso vital. Sin embargo, este concepto también ha sido criticado debido a que se priorizan las variables médicas y quedan en un segundo plano las sociales (Foster & Walker, 2015).

Un último concepto, que deviene aglutinador, es el de EA definido por la OMS como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen(...) es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo

largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad, y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.(OMS, 2002, p.79)

Este concepto presenta un objeto de mayor amplitud que los expuestos anteriormente. Implica optimizar la situación de la persona mayor en las diferentes esferas vitales, por ello plantea la participación como una de las dimensiones principales, junto con la salud y la seguridad. Va más allá de cuestiones como estar bien físicamente o ser productivo a nivel laboral (Van Malderen *et al.*, 2013). Dicho término, como se abordará posteriormente, presenta una dimensión microsociedad relacionada con la situación personal y la auto responsabilidad de cada persona y, una perspectiva macrosociedad vinculada con responsabilidad pública de implementar las políticas adecuadas que permitan generar oportunidades de EA para las personas mayores (Walker & Maltby, 2012; Zamarrón, 2013).

Como se puede ver en la siguiente figura, la OMS (2002), a modo de resumen, recoge la relación existente entre los diferentes elementos que muestra cómo se conforma dicho término:

Figura 3: Pilares de un marco político para el EA



Fuente: Tomado de OMS (2002).

Como se puede observar son tres los pilares fundamentales que conforman este concepto. La participación, la salud y la seguridad son los elementos estratégicos que han de ser considerados en el diseño de políticas de envejecimiento. En el presente trabajo, la participación cobra una especial relevancia, ya que, por una parte, constituye un pilar clave para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y, por otra, pone en valor la importancia de que estas participen de

manera activa en la toma de decisiones acerca de las cuestiones que les afectan. Los profesionales del TS tienen recogida la participación de las personas con las que intervienen como un principio ético (FITS, 2018) teniendo esta cuestión una especial relevancia.

Una vez vistos los diferentes términos que configuran el nuevo paradigma de envejecimiento se presentan, a continuación, de forma sintética las principales características de estos.

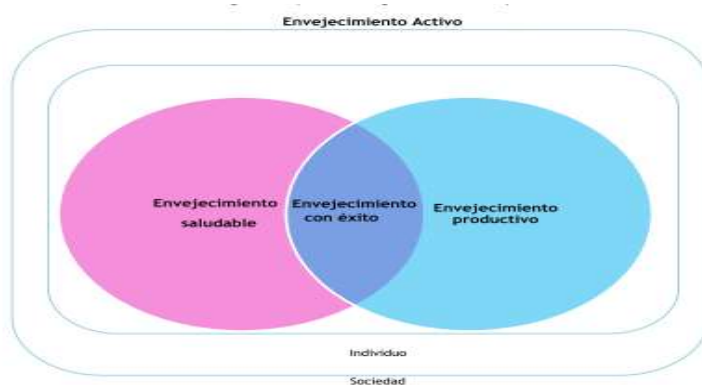
Cuadro 16: Resumen de diferentes términos, objetivos, beneficiarios y principal crítica

Concepto	Autor/año	Objetivo	Destinatario	Crítica
E. Saludable	OMS, 1990 Seeman et al., 1996	Salud	Individuos	Reduccionismo (salud) No incorpora variables estructurales
E. Exitoso	Rowe & Kahn, 1987, 1997	Salud y funcionamiento; relaciones interpersonales y actividad productiva	Individuos	Restringido e irreal Categoriza exitoso/ no exitoso Responsabilidad individual
E. Productivo	Bass et al., 1993 Butler y Schechter, 1995	Contribución social	Individuos	Reduccionismo (aportación social). No incorpora variables estructurales
E. Activo	OMS, 2002 Walker, 2002	Salud física, psicológica y social Independencia Participación Actividad	Individuos y sociedad	Dificultad de medición y evaluación

Fuente: Elaboración propia a partir de Marsillas (2016).

De una manera gráfica Marsillas refleja la relación entre los diferentes conceptos y presenta el concepto de EA como un término aglutinador que aporta cohesión y coherencia en materia de envejecimiento. Así lo recoge la siguiente figura:

Figura 4: Relación entre los diferentes conceptos



Fuente: Marsillas (2016, p.49).

Es decir, como apunta la autora, constituye un término que integraría los diferentes conceptos de envejecimiento, tales como el saludable, el exitoso y el productivo. Supera el reduccionismo y las cuestiones limitantes de los anteriores.

Sin embargo, estos conceptos de envejecimiento tienen sus fortalezas y debilidades. Se hace preciso señalar que los términos envejecimiento saludable y productivo, al mismo tiempo, priorizan y se centran en una dimensión concreta para valorar el proceso de envejecimiento (salud en un caso, empleo y/o productividad en otro). Tal y como refiere Mendes (2013), dichos términos realizan una visión reduccionista del envejecimiento óptimo y solo consideran aspectos micro no considerando variables macroestructurales.

En el caso del término envejecimiento con éxito, la principal crítica que realizan los autores (Strawbridge *et al.*, 2002; Pruchno *et al.*, 2010a; Pruchno *et al.*, 2010b) se refiere al carácter restrictivo de este. Se establece una dicotomía entre las personas con un envejecimiento exitoso como “ganadoras” y aquellas personas que no tienen dicho envejecimiento, como “perdedoras”. Dicho concepto excluiría a determinados colectivos de personas mayores, tales como las personas con discapacidad o a aquellas que se encuentran en situación de exclusión social debido a que no considera otros modos de envejecer de forma exitosa (Bowling, 2007; Paúl *et al.*, 2012; Foster & Walker, 2015). En definitiva, supone una concepción que sitúa en el individuo la responsabilidad del éxito obviando elementos estructurales.

El concepto EA es un término más amplio que los conceptos trabajados anteriormente: envejecimiento saludable, exitoso y productivo. Tal y como se expone en el siguiente epígrafe, incorpora cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas (OMS, 2002). Por ello, es un término integrador e inclusivo que promueve la participación de todas las personas en el proceso de envejecimiento y no sólo de aquellas que son productivas o están en buen estado físico y/o mental, incluso a las personas que tienen una discapacidad o se encuentran en situación de exclusión social (OMS, 2002; Ludi, 2012; Sidorenko & Zaidi, 2013).

Una de las críticas que se le puede hacer a dicho concepto reside en la dificultad de medición del mismo, ya que, de manera habitual se realiza el análisis a través de variables macro no teniendo en consideración las dimensiones micro y meso de cada individuo. Este aspecto se abordará en el apartado de evaluación.

3.3. APROXIMACIONES POLÍTICA Y CIENTÍFICA AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Una vez vistas las teorías psicosociales y la evolución de los diferentes términos hasta llegar al EA, se va a profundizar en el que constituye el objeto de estudio de la presente investigación. Así, los debates y discursos sobre EA se encuentran en las agendas de los responsables políticos. Reflejan la preocupación de responder al desafío del envejecimiento demográfico. Presenta un doble enfoque, por un lado, se trata de un concepto completo con perspectiva individual, referida al proceso personal en el que cada sujeto vive su propio envejecimiento y, por otro lado, es una cuestión colectiva que requiere un abordaje estructural para la gestión de sociedades envejecidas.

Por tanto, se trata de un concepto complejo que pone el acento en el término “activo”. Siguiendo a Marsillas (2016) este adjetivo se puede interpretar en un doble sentido. Por una parte, entendiendo que cada persona es parte activa del proceso de envejecimiento, y éste se va construyendo de manera dinámica a lo largo del tiempo (Bandura, 1986; OMS, 2002; Fernández-Ballesteros, 2009; Caprara *et al.*, 2013; Fernández-Mayoralas *et al.*, 2015). Por otra parte, el término “activo” implicaría la participación del sujeto en diferentes proyectos y actividades de distintos ámbitos como son el económico, educativo, social, cultural, físico y actividades de la vida diaria (OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Stenner *et al.*, 2011). Es decir, considera que cada persona pueda tomar las riendas de su vida e incorpora las acciones que puede llevar a cabo para un mejor envejecimiento.

El EA es un constructo político que contempla las necesidades de los diferentes grupos de interés tales como ciudadanos, entidades sociales, responsables políticos e iniciativa privada (Marsillas, 2016). Se refiere a diferentes niveles micro, meso y macro y se dirige tanto a las personas como a la sociedad, por lo que es preciso establecer objetivos poblacionales e individuales (OMS, 2002; Caprara & García 2004; Fernández- Ballesteros, 2006, 2009; Walker & Maltby, 2012; Caprara *et al.*, 2013; Foster & Walker, 2013; Zamarrón, 2013). En consecuencia, los objetivos se establecen en niveles diferentes. A continuación, en el siguiente cuadro, se recoge dichos objetivos de los niveles macro y micro.

Cuadro 17: Objetivos y subobjetivos por niveles del EA

Nivel	Objetivos	Subobjetivos
Macro	Incrementar esperanza de vida saludable o libre de limitación Permanecer más tiempo en el empleo Participación en la sociedad remunerada y no remunerada	Participar en actividades de promoción y mantenimiento de la capacidad y la salud. Aumentar la edad de jubilación. Flexibilizar la jubilación Aprender durante toda la vida. Ser activo tras la jubilación. Incrementar el voluntariado
Micro	Promover el bienestar de las personas mayores Promover la independencia	Mantener y promover la salud física Mantener y promover la salud mental Incrementar la inclusión social Mantener la independencia y autonomía Promover la participación social Promover el ocio Promover el empleo Promover el cuidado de otras personas. Incrementar la actividad física

Fuente: Marsillas (2016, p.78).

A modo de ejemplo, a nivel macro surgen cuestiones como incrementar la esperanza de vida de las personas mediante la mejora de servicios de salud; incrementar la vida laboral prolongando la edad de jubilación y, participar socialmente a través de programas de voluntariado entre otras. En una dimensión micro, los objetivos conducen a promover el bienestar de las personas mayores a través de la promoción de la salud física y/o salud mental y, a incrementar la independencia y la autonomía personal. En definitiva, se trata de un concepto complejo debido a la amplitud de las dimensiones y a los diversos niveles existentes. Debido a su complejidad y amplitud se va a realizar una doble aproximación, política y científica.

3.3.1. Componente político del concepto de Envejecimiento Activo

Como se ha apuntado en diferentes epígrafes del texto, este constructo tiene un componente político que resulta de interés. Por ello, fundamentalmente se ha abordado mediante objetivos macro que exigen de diseño e implementación de políticas públicas de sanidad, servicios sociales, empleo, educación, entre otros ámbitos (Marsillas, 2016).

En el capítulo anterior, se han descrito los diferentes instrumentos internacionales y comunitarios dirigidos proteger y garantizar los derechos de las personas mayores. Entre estos se han señalado

aquellos relacionados directamente con el EA. A grandes rasgos en el siguiente cuadro se pueden destacar aquellos que de manera explícita apuntan al EA.

Cuadro 18: Hitos relativos al EA

Año	Hito	Descripción
1.999	Año Internacional de las Personas Mayores	Introducción término EA (Kalache1999) Asocia la actividad con las oportunidades de estar sano y apunta la importancia de crear oportunidades para que los individuos continúen activos
2002	II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002)	Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento EA como una estrategia política clave (OMS)
2012	Año Europeo de EA y Solidaridad Intergeneracional.	La Comisión Europea entiende el EA como una estrategia adecuada para el buen envejecimiento.
2013	Consolidación Índice EA	Herramienta europea de medición

Fuente: Elaboración propia a partir de webs de OMS y UE.

A lo largo de los años, han ido sucediendo diferentes acontecimientos que han reforzado la trascendencia de la participación de las personas mayores. En el año 1999, año internacional de las personas mayores, Kalache (1999), en un artículo, pone en valor la actividad como un elemento clave para estar sano. Otro hito, quizás el más significativo desde el punto de vista del presente trabajo lo constituye la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (OMS, 2002). En la misma se aprueba una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En la misma declaración se realizaban orientaciones en tres líneas claves: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; y, la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores. Dicho plan tenía la finalidad de perfilar, con un enfoque internacional, las cuestiones principales sobre envejecimiento que incorporasen la participación, la salud y la seguridad (OMS, 2002). Es decir, se presenta como una estrategia integral y sólida que relaciona y aborda ámbitos clave como salud, pensiones, empleo, servicios sociales y ciudadanía (Walker, 2002; Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016).

Por otra parte, la estrategia de promover el EA se convierte en prioridad en la agenda política europea en los años 90, como se expuso en el capítulo anterior, con un enfoque orientado al empleo y a la prolongación de la vida laboral (Walker, 2009; Foster & Walker, 2015). Es en el año 2012, Año Europeo de EA y Solidaridad Intergeneracional, cuando el EA se consolida como una alternativa coherente. En esta línea el Consejo de la Unión Europea orienta al:

Refuerzo de la cohesión social, la inclusión y la participación a lo largo de la vida de cada persona asegurando las oportunidades y el acceso a los servicios, así como a las actividades políticas, sociales, recreativas y culturales; el voluntariado, que ayuda a mantener las redes sociales y reducir el aislamiento; la adquisición de nuevas competencias, lo que contribuye a la realización personal y al bienestar. (2012b, p.4)

Pone en valor cuestiones como la participación, la inclusión social, el reconocimiento de los valores de este grupo de edad y el fomento de la salud como cuestiones prioritarias en dicha estrategia de envejecimiento (Consejo Unión Europea, 2012). Aspectos prioritarios que constituyen objetivos profesionales de los/as profesionales del TS.

Se puede constatar que las declaraciones tanto de la OMS como de la UE comparten la necesidad de implementar políticas que aborden el envejecimiento demográfico, si bien, presentan rasgos diferenciadores que se exponen a continuación:

Cuadro 19: Rasgos diferenciadores concepción EA: OMS y UE

Rasgos	OMS	UE
Visión	Visión más amplia y completa	Estrecha y limitada
Destinatarios	Atención a todo el ciclo vital	Atención a las personas mayores de 50 años
Objetivos institucionales	Promoción de estilos de vida individuales saludables y de los determinantes del EA más relacionados con la salud y capacidad funcional	Controlar la legislación y economía. Modificar representaciones cognitivas de la vejez para promover la productividad personas mayores
Políticas de EA	Promoción de la actividad individual (ej. actividad física)	Empleo
Valores transmitidos	Pasividad equiparable a ser no saludable	Pasividad equiparable a ser asocial

Fuente: Elaboración propia a partir de Lassen y Moreira (2014) y Marsillas (2016).

Ambas instituciones se hacen eco de la necesidad de desarrollar una estrategia coherente en materia de envejecimiento, ambas sitúan a la persona mayor como el principal agente. Tal y como recoge Marsillas (2016) la visión de la OMS es más amplia y completa mientras que la de la UE es más restrictiva y limitada. Una segunda diferencia hace referencia a que la OMS promueve el EA a lo largo de toda la vida y, sin embargo, la UE tiene como destinatarios de sus acciones a los mayores de 50 años. Por otra parte, los objetivos institucionales son diferentes, en un caso, la OMS se centra en la promoción de estilos saludables individuales y, en otro caso, las instituciones comunitarias se encargan de incrementar la productividad de las personas mayores, controlar la legislación y la economía de los Estados miembros. Finalmente, otra divergencia que resulta de interés se relaciona con los valores que transmiten ambas concepciones. Para la UE la pasividad implica “ser asocial”,

mientras que en la OMS se relaciona fundamentalmente con “no ser saludable” (Lassen & Moreira, 2014; Marsillas, 2016).

Visto lo anterior se trata de un escenario político incierto y diverso, por ello, se va abordar el concepto de EA desde una perspectiva científica para operativizar los componentes del mismo.

3.3.2. Componente científico del concepto de Envejecimiento Activo

En este apartado se exponen los principales modelos teóricos que abordan el término de EA. El primero de ellos, propuesto por la OMS (2002) y, en segundo lugar, el modelo de Fernández-Ballesteros (2009). En la actualidad el modelo de la OMS es el modelo global predominante (Buys & Miller, 2006; Marsillas, 2016).

La OMS (2002) realiza una apuesta por una composición teórica amplia y completa que:

Permite a las personas realizar su potencial para el bienestar físico, mental y social a través de sus vidas, participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado cuando requieren asistencia. (p.12)

Incorpora las dimensiones de salud, participación y seguridad que constituyen los grandes pilares de dicho concepto, por lo que se trata de un concepto multidimensional. Este modelo teórico entiende que el EA contempla todo el ciclo vital por lo que reconoce la individualidad de los procesos de envejecimiento. En la figura que se presenta a continuación se reflejan los determinantes de este:

Figura 5: Determinantes del EA



Fuente: OMS (2002).

Es decir, el EA depende de una gran variedad de determinantes, factores que rodean a las personas y a los países y que influyen en dicho proceso y generan un impacto en el mismo (OMS, 2002; Giró, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009; Barbosa *et al.*, 2015; Limón, 2018). Dichos factores, a pesar de estar presentados de manera circular, indican las múltiples direcciones en las que actúan los sistemas (Fernández-Ballesteros, 2009). En los siguientes párrafos se presentan las ideas más relevantes con relación a dichos determinantes:

- *Género y cultura:*

Son denominados determinantes transversales porque influyen directamente en el resto de los determinantes. La cultura, los valores y las tradiciones, influyen en la visión que se tiene de las personas mayores y en los procesos de envejecimiento (OMS, 2002; Limón 2018), se transmiten por aprendizaje social a través del proceso de socialización de la persona (Limón, 2018).

Por otro lado, la OMS (2012, p. 102) señala que “el sexo es una lente a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres”. Es decir, el género, modifica la manera de envejecer ya que implica un acceso desigual a recursos económicos, trabajo y a servicios, siendo las mujeres mayores un grupo especialmente vulnerable (Barbosa *et al.*, 2015).

Como apuntan Vidriales *et al.* (2006):

El género es una construcción social que influye en la manera que cada grupo social determina las funciones, comportamientos esperados y deseados y los atributos que se asignan a los hombres y las mujeres en cada sociedad, a partir de las diferencias biológicas (sexo). Tanto el género como la cultura están ligados a factores sociales, y, por lo tanto, condicionan a la persona a lo largo de su vida. (p.17).

- *Sistema sanitario y servicios sociales*

Son considerados por la OMS (2002) como factores clave para facilitar el EA:

Para fomentar el EA, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. La sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados y ser efectivos, integrados y rentables. No debe existir discriminación por

causa de la edad al facilitar los servicios y los profesionales sanitarios han de tratar a las personas de todas las edades con dignidad y respeto. (p.10)

Tal y como se apunta en el siguiente cuadro son varias las líneas en las que se concreta este factor:

Cuadro 20: Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales

Factor	Descripción del Factor
Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	Permite a las personas controlar y mejora su salud. Incluye la prevención primaria, secundaria y terciaria
Servicios curativos	Asistencia sanitaria primaria, secundaria y terciaria
Asistencia de larga duración	Incluye sistemas de apoyo formales e informales y diversidad de servicios
Servicios de salud mental	Atención a los diagnósticos insuficientes de enfermedades mentales y al alto índice de suicidio entre las personas mayores (OMS, 2001)

Fuente: Elaboración propia basado en la OMS (2002).

Cuando la OMS describe los determinantes de salud y servicios sociales apunta la necesidad de integración y coordinación de ambos sistemas de protección, así como, rechaza la discriminación por razón de edad exigiendo un trato digno. Pone en valor la importancia de los servicios sanitarios y sociales; sin embargo, en la descripción en detalle de los mismos, los servicios sociales solo aparecen en la relación de servicios comunitarios de asistencia de larga duración tales como asistencia domiciliaria y residencial. Por tanto, se puede afirmar que existe un claro componente sanitario de dichos determinantes.

- *Determinantes conductuales*

Entiende la OMS (2002, p.11) que:

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y, al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

Dichos estilos de vida saludable y el autocuidado son elementos claves en todas las etapas del ciclo vital puesto que van a posibilitar una mejora en la esperanza de vida y disminuir la discapacidad.

- *Determinantes personales*

La biología, la genética y los factores psicológicos son elementos que tienen un impacto positivo o negativo en el envejecimiento. El proceso de envejecer es un deterioro progresivo que conlleva unas pérdidas funcionales que dificultan la adaptación. Las enfermedades pueden tener una base genética que es preciso conocer para un mejor abordaje de las mismas. Por otra parte, elementos como la inteligencia, capacidad cognoscitiva son valorados por Diener *et al.* (1999) como potentes predictores del EA y la longevidad.

- *Entorno físico*

Reclama la OMS un entorno físico que considere a las personas de avanzada edad y preste atención a las zonas rurales y urbanas, a las barreras existentes, a los entornos inseguros que pueden obstaculizar un EA y, por tanto, una vida autónoma. Tal y como se apunta en el siguiente cuadro son varias las líneas que concretan este factor:

Cuadro 21: Determinantes relacionados con el entorno físico

Factor	Descripción del Factor
Seguridad de la vivienda	Ubicación, proximidad a la familia, servicios, transporte y peligros domésticos que facilitan accidentes Las personas mayores presentan factores de vulnerabilidad: discapacidad, soledad, hacinamiento, personas refugiadas y mujeres mayores
Caídas	Causa de lesiones y muerte, las consecuencias se agravan con la edad. Importancia de la prevención en entorno doméstico y no doméstico
Agua limpia, aire puro, alimentos sanos	Reclama estos factores para los grupos de población más vulnerables entre los que se encuentra los niños y las personas mayores debido a las enfermedades crónicas y problemas inmunitarios

Fuente: Elaboración propia basado en la OMS (2002).

Vistos dichos determinantes, se puede señalar, que constituyen un aspecto clave en la promoción de la autonomía personal y el EA, siendo preciso que los entornos respondan a las necesidades funcionales de las personas mayores para que se desenvuelvan en un entorno libre de barreras, inclusivo y autónomo (Limón, 2018).

- *Determinantes relacionados con el entorno social*

La OMS (2012) cuando aborda estos determinantes recoge tanto aquellos que actúan como factores de riesgo y los que lo hacen como elementos de protección, apuntando al gran impacto que tienen en posibles situaciones de discapacidad y/o muerte prematura. A continuación, se presentan los aspectos más significativos relativos a los mismos:

Cuadro 22: Determinantes relacionados con el entorno social

Factor	Descripción del Factor
Apoyo social	Cuestiones como interrupción de los vínculos, el aislamiento social, relaciones conflictivas o “reducción del grupo social” implicarían un declive en el bienestar físico y mental
Violencia y abuso	Reconoce la frecuencia de la violencia contra las personas mayores en múltiples formas y la violación flagrante de los derechos humanos y con escasas denuncias
Educación y alfabetización	Reconoce la importancia de la educación en los primeros años de vida y el aprendizaje a lo largo de la vida como promotores de la autonomía. Propone la formación continua en el ámbito laboral que posibilite la continuidad en el mismo, la formación en nuevas tecnologías, el aprendizaje intergeneracional, así como eliminar la desigualdad de género

Fuente: Elaboración propia basado en la OMS (2002).

Se pone en valor la relevancia de desarrollar políticas que promuevan la inclusión social de las personas mayores, disminuyan el aislamiento y la soledad no deseada; que garanticen los derechos humanos y la paz; prevengan el maltrato, abuso y violencia hacia las personas estableciendo cauces de detección precoz de los mismos y, por último, posibiliten espacios de aprendizaje a lo largo de la vida, adaptados a las necesidades y diversidad de este grupo de población.

- *Determinantes económicos*

Aborda dichos determinantes a través de la consideración de los ingresos, la protección social y el trabajo. Se presentan las cuestiones de mayor relevancia en el siguiente cuadro:

Cuadro 23: Determinantes económicos

Factor	Descripción del Factor
Ingresos	Identifica factores de riesgo tales como carencia de bienes, de ahorros, pensiones o subsidios bajos o inexistentes
Protección social	Reconoce a las familias en la protección de estas y señala las diferencias entre los países en vías de desarrollo y los países desarrollados que incluyen medidas de protección
Trabajo	Reconocimiento de la necesidad de apoyar la contribución formal e informal (voluntariado, trabajo de la casa, cuidado de los niños o personas dependientes) de las personas mayores. Insta a trabajar hasta edades más avanzadas y jubilarse de manera gradual

Fuente: Elaboración propia basado en la OMS (2002).

Son necesarias las políticas que promuevan la reducción de la pobreza de este grupo de población en línea con los ODS; que pongan en valor los sistemas de garantía de rentas que posibiliten vivir dignamente y, que reconozcan la productividad económica y social de los trabajos tanto formales como informales de las personas mayores. Cuestiones fundamentales para la autonomía personal y el EA.

Zamarrón (2007) diferencia los determinantes de la OMS y los categoriza en contextuales y personales. Los primeros, contextuales, están relacionados con el entorno en el que vive el individuo e incluye los factores sociales, económicos, entorno físico y los vinculados a los sistemas sanitarios y de servicios sociales. Estos determinantes contextuales tendrían un componente estructural modificable a través de cambios en las políticas sociales, económicas, culturales, sanitarias, ambientales para la promoción del EA, por lo que la responsabilidad ante las mismas recaería en los poderes públicos (Zamarrón, 2007).

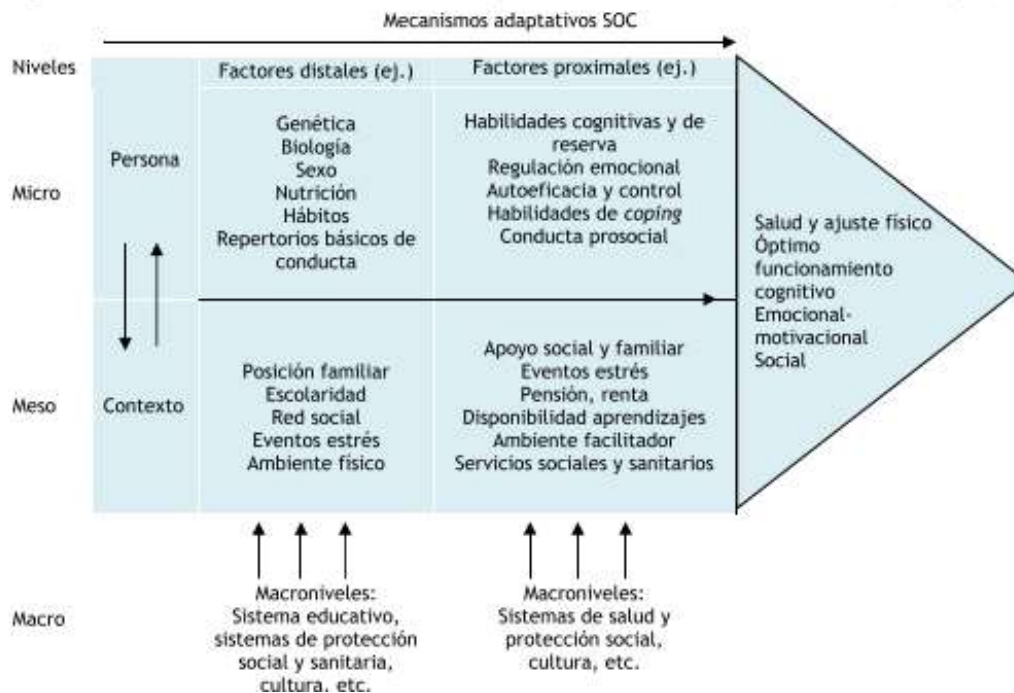
El segundo grupo, los individuales, está integrado por los determinantes personales y conductuales. En esta línea, las propias personas mayores participan en la optimización de su proceso de envejecimiento mejorando su calidad de vida (OMS, 2002; Zamarrón, 2007). Como se ha señalado anteriormente además de los determinantes contextuales y los personales, la OMS (2002) apunta a los determinantes transversales como son la cultura y el género que influyen en los procesos de EA optimizando u obstaculizándolo.

Como se ha visto en el abordaje de la OMS (2002) el EA supone considerar el carácter multidimensional, así, a continuación, se expondrá el modelo desarrollado por Fernández-Ballesteros (2009). Se trata de un modelo teórico multidimensional-multinivel, que la autora define en los siguientes términos:

Se trata de un modelo multidimensional que considera factores distales y proximales. Los factores distales, son aquellas condiciones longitudinales o históricas que acompañan al individuo en el curso de su vida y que son relevantes para su desarrollo. Los factores proximales, son las condiciones transversales o determinantes actuales con potencial valor explicativo del EA. (Ballesteros, 2009, p.93)

La representación gráfica de este modelo multidimensional y multinivel es la siguiente:

Figura 6: Modelo multidimensional-multinivel de EA de Fernández Ballesteros (2009)



Fuente: Fernández Ballesteros (2009, p.95).

La autora identifica diferentes sistemas o niveles de interacción entre la persona y su contexto. Diferencia entre el nivel macro o condiciones macrosociales, el nivel meso o condiciones contextuales y el nivel micro, relativo al individuo. Tal y como se refleja en la figura, diferencia entre las condiciones distales, que toman en consideración el paso del tiempo y los proximales, que son determinantes vigentes que influyen en el proceso de envejecimiento.

Los factores distales, a nivel macro, hacen referencia a las condiciones históricas de la vida del individuo; a nivel intermedio o meso a la historia de la persona, la familia y la comunidad de la que forma parte y, por último, el nivel micro se refiere a la persona como ser biológico y psicológico. Los factores distales, también se dividen en personales (habilidades cognitivas, regulación emocional, autocontrol,), contextuales (por ejemplo, apoyo social y familiar, acontecimientos estresantes, pensión y renta) y, a nivel macro, identifica elementos como los sistemas de salud, de protección social, la cultura. Todos ellos han condicionado y condicionan el proceso de envejecimiento (Fernández Ballesteros, 2009).

Otra cuestión que apunta esta teoría se basa en el determinismo recíproco. Este señala que el funcionamiento del individuo se basa en las transacciones entre el entorno, el funcionamiento personal y la conducta del individuo. Dichas condiciones interactúan entre sí, por ello, entiende la

autora que “la causalidad no es nunca unidireccional, sino que dependen de las transacciones entre la persona y sus recursos, sus comportamientos y sus contextos a diferentes niveles” (Fernández Ballesteros, 2009, p.94).

Un último elemento para considerar en este modelo teórico son los mecanismos adaptativos de la Selección, Optimización y Compensación de la teoría de Baltes y Baltes (1990), que funcionan a lo largo de todo el ciclo vital influyendo en el proceso de envejecimiento de forma positiva o negativa.

Así, tras las interacciones de dichos elementos la persona llega a un resultado que este modelo teórico operativiza en cuatro ámbitos: a) salud conductual y ajuste físico, b) óptimo funcionamiento cognitivo, c) autorregulación emocional-motivacional y d) alta participación y compromiso social. Fernández-Ballesteros (2009) define el EA como:

El proceso de adaptación que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo funcionamiento físico (incluida la salud), cognitivo, emocional-motivacional y social. La promoción del envejecimiento activa implica, por tanto, la optimización de dichas condiciones por medio de intervenciones bio-médicas y físicas, psicológicas y socio ambientales. (p. 97)

En definitiva, se trata de un modelo complejo, integral; que aborda el proceso de envejecimiento y permite identificar y clasificar los diferentes factores que influyen en el EA. Marsillas (2016) señala al hacer alusión a dicho modelo:

La persona llegaría al Envejecimiento Activo como resultado de multitud de interacciones entre sus recursos personales, su conducta y los diferentes entornos a lo largo de la vida. Todos los resultados y determinantes incluidos en el modelo hacen referencia a diferentes dimensiones, dentro de múltiples sistemas y niveles en los que operan transacciones multidireccionales. (p.83)

Una vez considerados los principales modelos de EA se van a analizar los principios inspiradores de este concepto.

3.4. PRINCIPIOS DEL EA

Los principios inspiradores del EA son apuntados por distintos autores (Walker, 2002; Cordero del Castillo, 2012; Foster & Boxall, 2015; Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016). Otros autores

Estudio del Envejecimiento Activo desde la perspectiva del Trabajo Social

(Pinazo *et al.*, 2010) se refieren a las características del EA abordando dichos principios que permitirán la consecución de los objetivos planteados para el EA, así se apunta en el cuadro 24:

Cuadro 24: Principios y características del EA, autores y descripción

Principio	Autores	Descripción
Actividad, proactividad	Walker, 2002; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Incluye todas aquellas actividades significativas que contribuyan al bienestar del individuo y su familia, la comunidad local y la sociedad en general, sin centrarse solo en la capacidad de estar física y/o laboralmente activo. Las personas como protagonistas de sus vidas, con un “quehacer proactivo” más allá de ser receptora de servicios. Nuevo modelo.
Inclusión de todas las personas mayores	OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016	Implica la inclusión de todas las personas mayores, no sólo a los mayores-jóvenes, independientes y con buena salud, sino también aquellos frágiles dependientes o que necesitan asistencia.
Prevención	OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016	Afecta a todos los grupos de población a lo largo de todo el ciclo vital. Prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia; así como la promoción de la salud y la actividad.
Solidaridad Intergeneracional	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> 2010; Marsillas, 2016	Defiende la justicia entre generaciones, así como la necesidad de incrementar las oportunidades de desarrollar actividades que incluyan varios grupos generacionales
Derechos y obligaciones	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> 2010; Marsillas, 2016	Paralelo a garantizar la protección social, educación y formación a lo largo de la vida, se orienta al aprovechamiento de estas oportunidades y al derecho a la información para su consecución.
Participación y empoderamiento	Walker, 2002; 2006; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Promoción de actitudes activas de los ciudadanos para crear y defender su propia elección de las actividades a realizar, sin que sea una estrategia únicamente planteada desde el ámbito político
Diversidad nacional y cultural	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Implica respeto a la relación a las formas de participación, sin realizar juicios de valor sobre qué tipo de actividad es mejor.
Flexibilidad de la aproximación Individualización	Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Foster & Walker, 2015	La consideración individual implica que el significado varía con las personas y los recursos de los que dispone cada uno para envejecer bien, además de los cambios que se van produciendo a lo largo del ciclo vital. Eliminando prejuicios y estereotipos por razón de edad entienden que el desarrollo integral de la persona se ha de producir a lo largo de todo el ciclo vital.
Enfoque comunitario	Pinazo <i>et al.</i> , 2010	Posibilidad de tomar parte activa en la comunidad, más allá de los servicios y entidades dirigidos a personas mayores.
Enfoque integral	Pinazo <i>et al.</i> , 2010	Visión completa y global de la persona que contemple los diferentes ámbitos: sociales, sanitarios, económicos, psicológicos...

Fuente: Elaboración propia.

Todos y cada uno de los principios reseñados contribuyen a reforzar un paradigma de EA o proactivo que sitúa a la persona en el centro del mismo. Cuestiones como la proactividad, el empoderamiento, la inclusión, la prevención, la intergeneracionalidad, la diversidad, la

individualización con enfoques integrales, comunitarios y de derechos; han de ser guías que señalen el camino a seguir en el diseño de políticas y de servicios. Todos debieran estar presentes en la configuración de los mismos, ya que su aplicación conjunta repercutirá de manera positiva en los procesos individuales de envejecimiento y también en la configuración de una sociedad más justa y solidaria.

Este paradigma, tal y como apunta Limón (2018):

Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en las necesidades” (personas mayores como objetos pasivos) a otro “basado en los derechos” que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. (p.50)

Al asistir al cambio de paradigma se pone la mirada en las oportunidades y aportaciones de las personas mayores más allá de las carencias y necesidades derivadas de la edad.

Los principios de EA guardan relación con la disciplina del TS, como se verá más adelante esta profesión se basa en la dignidad, los derechos humanos y la justicia social (FITS, 2014).

3.5. EVALUACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Tras conocer la evolución, los objetivos, las dimensiones y los principios de este concepto; resulta interesante abordar el modo en qué se evalúa. Tal y como apunta Marsillas (2016), habitualmente se ha evaluado de manera parcial al atender a dimensiones aisladas como son la participación social, el ocio y la salud, entre otras. Estas mediciones generaban formas estrictas que limitaban el EA a unas personas que cumplían unos criterios y dificultaba realizar un seguimiento de los mismos.

Como iniciativa que pretende evaluar el EA desde una perspectiva socio política, se encuentra el Active Ageing Index (AAI)³⁵. Como ya se ha expuesto anteriormente este índice pretende valorar dicho concepto a nivel territorial y poblacional por países, desde una perspectiva individual o comparada (Zaidi *et al.*, 2013). Se trata de una herramienta diagnóstica que se centra en cuatro dominios: empleo, participación en sociedad, vida independiente, saludable y segura; capacidad y

³⁵Tal y como se expuso en el capítulo anterior, se trata de un indicador internacional elaborado conjuntamente por la Comisión Europea y la Unidad de Población de la Comisión Económica para Europa de Naciones Unidas (UNECE, 2013)

entorno facilitador para el EA. Permite identificar áreas de mejora y orientar las políticas para promover mejoras de EA, si bien no realiza la medición de forma individual, ya que se basa en variables macro.

De forma complementaria a la anterior, existen instrumentos que realizan mediciones del EA a nivel micro, de forma individual. En primer lugar, es la denominada *clasificación de vida activa*. Esta combina las variables de capacidad funcional (dependiente y no dependiente) y la participación social (alta y baja). Marsillas (2016) apunta que la perspectiva de dicha herramienta presenta limitaciones y se sitúa próxima a la medición del envejecimiento con éxito.

En segundo lugar, Houben *et al.*(2004) diseñaron un índice de EA basado en los siguientes indicadores: trabajo remunerado, provisión de cuidado, voluntariado, deportes y actividades recreativas fuera de casa. El resultado que ofrece se vincula con el número de horas a la semana destinadas a dichas actividades. Como critican algunos autores (Boudiny, 2013; Marsillas, 2016) se centra en la participación e ignora otras dimensiones claves.

Un tercer instrumento de medición del EA es la escala de Thanakwang *et al.* (2014). Se trata de un índice de EA multidimensional y culturalmente sensible. A pesar de ser una escala completa, al incorporar las percepciones de las personas mayores tailandesas, su uso en otros contextos podría ser problemática debido a las diferencias culturales (Marsillas, 2016).

En cuarto lugar, se pone de manifiesto el instrumento propuesto por Tareque *et al.* (2014). Diseñaron un índice basado en el modelo de la OMS utilizando las tres dimensiones salud, participación y seguridad, incluidas en la definición de EA.

Finalmente, Marsillas, (2016) desarrolla y valida un índice de EA adaptada al contexto gallego. Es un índice individual que incorpora componentes de estado o salud, y componentes de proceso o actividad; identifica áreas de mejora para promover un mejor envejecimiento y que no incorpora aspectos ambientales y socioeconómicos.

Tras estudiar las diferentes herramientas que abordan el EA y reflejando las dificultades principales de cada una de ellas, diferentes autores (Salmerón, 2012; Fernández García & Ponce de León, 2013) apuntan a otras metodologías cualitativas, como métodos con mayor idoneidad para acceder a los discursos y a las percepciones de las personas mayores en relación a los procesos de EA.

Para finalizar este capítulo, señalamos algunos aspectos a considerar en torno al concepto de EA. En muchas ocasiones, el EA parece asociarse directamente con personas que se encuentran bien cognitivamente e incluso que son funcionalmente activas, vinculado en muchos casos al fomento de la participación en actividades. Este enfoque generaría una tipología de persona mayor que incluiría a los “mayores-jóvenes” que tratan de cumplir los estándares de éxito en los ámbitos de salud, empleo y actividad; y por otra parte los “mayores-mayores” con una mayor frecuencia de enfermedades o discapacidad. Este segundo grupo no podría alcanzar dichas metas (Holstein & Minkler, 2003). Sin embargo, como han reflejado diferentes trabajos el EA ha de orientarse a toda la población en general, y en particular, al grupo etario al completo, con independencia de su estado de salud físico, cognitivo o social, y por tanto, es preciso que el paradigma de EA acoja la heterogeneidad de las personas mayores en relación a su capacidad (Mendes, 2013) e integre la situación de declive y pérdida (Foster & Walker, 2015; Molulaert & Paris, 2013) y, también a aquellas personas vulnerables, frágiles, con discapacidad y a las que son muy mayores (OMS, 2002; Walker, 2002).

Otra cuestión que resulta de interés es la percepción del gran peso específico asignado a la responsabilidad individual en relación con la salud de cada individuo (Mendes, 2013; Van Dyck, 2014); es decir, que cada persona es responsable de su proceso de envejecimiento, generando una doble categoría de ciudadanos responsables y ciudadanos no responsables. En ocasiones, se obvian las cuestiones estructurales vinculadas al mismo y la responsabilidad de los poderes políticos en el diseño e implementación de medidas que prevengan la dependencia y promuevan un EA (Hasmanová, 2011; Boudiny, 2013; Mendes, 2013). Estos aspectos son importantes desde el punto de vista de la intervención social. En el siguiente capítulo se aborda el marco conceptual del TS en general y en concreto del TS Gerontológico, que permitirá identificar elementos significativos para la presente investigación.

CAPÍTULO 4.

TRABAJO SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO

En el presente epígrafe se van a abordar los elementos fundamentales de la disciplina del TS. Se van a analizar cuestiones como son su conceptualización, objetivos, funciones, principios profesionales y niveles de intervención. Se va a trabajar con textos de autores de reconocido prestigio, definiendo los mismos, abordando cómo esta disciplina se ha modificado con el paso del tiempo y ha ido adaptándose a las diferentes necesidades sociales. Se trata de señalar los elementos básicos que permitan establecer el marco teórico para comprender la vinculación del EA y el TS.

4.1. DEFINICIÓN Y OBJETO

Al pensar en la conceptualización de un término, se genera una reflexión que va más allá del propio concepto. Se trata de comprender y aprehender el proceso por el que se llega a un determinado constructo teórico, en este caso, al término de TS. Este proceso permite reconocer como se llega a dicha idea o concepto y no, a otro similar o complementario. Para abordar la conceptualización del TS se hace una referencia acerca de su nacimiento, evolución, objeto y definiciones. Ello permitirá disponer de un marco teórico de referencia para abordar el TS en general y, en particular, el gerontológico.

Resulta de interés partir del origen del TS, siguiendo a Natividad de La Red (1993), quien sitúa el nacimiento de esta disciplina a finales del siglo XIX y establece diferentes etapas en su desarrollo: a) ayuda técnica, b) precientífica, c) profesión específica y d) intento de conceptualización. En la primera etapa, ayuda técnica³⁶, se producen intentos de organizar la beneficencia y la caridad, así

³⁶La Asistencia Social surgió como derechos de los sujetos a recibir prestaciones para satisfacer necesidades de urgencia social por ser miembros activos de la sociedad en la medida en que contribuían con su trabajo a la economía general y no se encontraban protegidos por los seguros sociales del momento. De esta manera, la Asistencia Social se convirtió en el modo complementario de los seguros sociales en materia de protección social.(...) El TS se plantea disponer de conocimientos teóricos y metodológicos que orientaran la práctica profesional al comprobar que las formas tradicionales de ayuda social no lograban alcanzar sus objetivos en incluso, en muchos casos, fracasaban. (Celedón, 2003 p.251)

como de abordar las causas de los problemas sociales. En la siguiente etapa, precientífica³⁷, la profesión adquiere un carácter humanista en la que los hechos incluyen a la persona y a su situación (Celedón, 2003). La tercera etapa denominada profesión específica conlleva una generalización del concepto de profesión y se extiende la denominación de TS. Es en esta etapa cuando la escuela de TS de Barcelona define la profesión:

Es acción profesional dirigida a personas, grupos y comunidades para que tomen conciencia de que son sujetos dinámicos de su realidad y puedan hacer frente a situaciones conflictivas y carenciales que se producen en la evolución de la sociedad. (Citado en Celedón, 2003, p.255)

Esta definición aporta elementos relevantes para nuestro objeto de estudio, ya que sitúa el foco en favorecer que los individuos, los grupos y la comunidad de la que forman parte, sean sujetos activos y participen de su propia realidad social. Estas dimensiones resultan relevantes en la promoción del EA. Por otra parte, la Escuela de TS de Madrid da valor a la promoción, al desarrollo del sistema cliente, aspectos de gran relevancia en la intervención con personas mayores:

Profesión que tiene por objeto prestar un servicio a la persona y a la sociedad, no solamente ayudando a remediar las anomalías sociales que existen, sino facilitando la realización de un proceso de promoción y desarrollo de las personas, grupos y comunidades en una situación dinámica y de cambio de la sociedad, teniendo en cuenta particularmente el estudio, planificación y evaluación de dicho proceso. (Citado en Celedón, 2003, p.255)

Finalmente, en la última etapa establecida por De La Red (1993) y, denominada intento de conceptualización³⁸, se pone en valor el abordaje de las causas-efectos de las situaciones sociales por parte de una profesión organizada que interviene con un método. En definitiva, como conclusión, el origen del TS, tal y como apunta Celedón (2003), se sitúa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en Gran Bretaña, en un clima de conflictos sociales para paliar las desigualdades sociales de dicho periodo.

³⁷ En la etapa pre científica existen dos ideas principales que destacan al TS como profesión humanista. La primera de ellas implica que los hechos incluyen a la persona y a su situación y la segunda es que el método de TS se genera por el conocimiento científico y los valores para la consecución de sus fines (Celedón, 2003).

³⁸ Kisnerman (1984) define el TS del siguiente modo:

Disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y de lograr que las personas asuman una acción organizada, en la realidad social, para conocerlo- transformarlo y contribuir con otras profesiones a lograr el bienestar de la población. (citado en Celedón 2003,p.256)

Ligado al concepto del TS se encuentra el objeto de este. Es preciso conocerlo para poder avanzar en su conceptualización ya que “el objeto es aquello con lo que trabaja una disciplina para conocerlo y transformarlo” (Kisnerman, 1990, p.119). A lo largo del tiempo, el TS ha ido definiendo su objeto de diferentes formas: el hombre desajustado; individuo y su situación; el hombre oprimido; y, el binomio necesidad recurso, entre otros. Todos ellos han recibido críticas por su carácter reduccionista al considerar sólo una parte de la problemática y/o a una parte de la sociedad. Otro enfoque lo aporta Conde Megías (2003, p.13), quien diferencia entre el objeto material y el formal. El primero, se refiere a “la realización del ser humano como sujeto activo del bienestar social en su área particular de actividad entorno o medio habitual”. El segundo consiste en “la promoción, mantenimiento o restauración de la operatividad del ser humano, como sujeto activo del bienestar social, para renovar las condiciones de su entorno ambiental” (Conde Megías, 2003, p.13). Es decir, el primero se refiere a la finalidad de la intervención y, el segundo, al modo de orientarlo.

En la revisión de definiciones de TS se puede señalar que existe una gran diversidad de estas. Moix (1991) diferencia entre las genéricas y las específicas. En la primera categoría, se encuentran aquellas concepciones que entienden el TS de forma general y/o impreciso, siendo difícil diferenciarlo de otras realidades (Fitch, 1940 citado en Moix, 1991; Charlotte Towle, 1961 citado en Moix, 1991). Por otra parte las concepciones específicas, se centran en características definidas y dimensiones concretas de la profesión, bien como una institución (Leland, 1942), como instrumento social (Kenneth, 1949), como actividad (Werner, 1959), como proceso (Leonard, 1966), como servicio profesional (Friedlander, 1968 citado en Moix, 1991; Howard, 1969 citado en Moix, 1991), como disciplina (Leonard, 1966; Schweintitz, 1924) o como profesión (Hamilton, 1951; Ander Egg, 1967; ONU, 1968 citado en Moix, 1991; Smalley citado en Moix 1991).

Es decir, los autores han puesto mayor énfasis en una dimensión u otra en función de los retos y necesidades de cada momento histórico. Dichas adaptaciones se reflejan en las definiciones y permiten observar la evolución de la profesión y apreciar el cambio de ser un conjunto de métodos para reajustar el individuo a su medio (Richmond, 1922), a ser actividad profesional (Friedlander, 1959), disciplina científica (Kisnerman, 1990) y, finalmente, al reconocimiento de una disciplina académica basada en la práctica para la promoción del cambio y el desarrollo social de acuerdo a la definición de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS):

El Trabajo Social es una disciplina que basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el TS. Respaldada por las teorías del TS, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el TS involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (FITS, 2014)

Esta definición está vigente en la actualidad, se basa en la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y la diversidad. Busca implicar a las personas y al sistema para responder a las necesidades y desafíos que van aconteciendo en cada etapa histórica y, atendiendo al presente trabajo, al envejecimiento de la población con los retos que ello genera.

La bibliografía de referencia alude al TS en unos casos como arte, en otros, como técnica/tecnología y, en otros, como ciencia. En el primer caso, el arte supone crear, elaborar conforme a la propia personalidad (Mary Richmond, 1929 citado en Moix, 1991; Robertis, 1988 citado en Moix, 1991). En segundo lugar, otros autores lo vinculan con tecnología, poniendo en valor la aplicación práctica de los conocimientos científicos (Kinsnerman, 1975; Torres, 1987; Ander-Egg, 1992; De la Red, 1993). En tercer y último lugar, el TS puede conceptualizarse como conocimiento científico que consiste en aplicar el procedimiento científico de observación, experimentación, verificación para producir conocimiento contrastado que sea aplicado a la intervención social. Es decir, diversos autores coinciden al afirmar que se trata de una disciplina científica con un objeto propio de conocimiento y un método propio. Lo cual implica que el TS como profesión presenta una identidad propia y diferenciada de otras ciencias sociales (Conde Megias, 1988; Moix, 1991; Escartín & Suarez, 1994; Celedón, 2003). Una vez que se ha dado respuesta a qué es el TS se va abordar, en el siguiente epígrafe, su intencionalidad, a través de los objetivos.

4.2. OBJETIVOS

El término objetivo expresa lo que se quiere alcanzar, el propósito de algo. Implica la concreción de aquello que se quiere conseguir cuando se llevan a cabo diferentes planes, programas, proyectos o incluso acciones aisladas. El objetivo es el horizonte al que se aspira llegar con diversidad de acciones.

En TS son muchos y variados los objetivos y metas que aparecen en la literatura científica. En algunos casos aparecen relacionados con la promoción del desarrollo personal y/o la calidad de vida de los individuos, familias, grupos y/o comunidades; en otros casos, con el incremento de la conciencia social y también, con la capacitación de las personas para afrontar dichas situaciones y promover la participación para que sean sujetos de la acción social. Conde Megías (1984) señala que “el objetivo general del TS es conseguir el pleno desarrollo de las personas en su ámbito social y contribuir así al más amplio bienestar social” (p.22-23).

Con independencia del objetivo perseguido, el ámbito operativo del TS se va a diferenciar atendiendo a los sistemas de protección desde los que desarrolla su intervención el profesional: salud, servicios sociales, educación, vivienda, trabajo y justicia, entre otros.

Para abordar los objetivos de esta disciplina Conde Megías (2003) establece dos grandes categorías para responder a las situaciones sociales: a) asistencialista-prestacional y b) autonomista-promocional. En los siguientes cuadros se exponen las características más significativas de ambas categorías:

Cuadro 25: Características de los objetivos de las intervenciones asistencialista- prestacional

Características	Descripción
Definición	Intervención destinada a transformar las condiciones del entorno ambiental que obstaculizan la realización del ser humano como sujeto activo del bienestar social
Requisitos/ Condicionantes	Debe ajustarse a los derechos sociales reconocidos, red de servicios y programas de las diferentes administraciones
Necesidades	Materiales (recursos económicos, alojamiento,) e intelectuales (bienes culturales, intercambio social, ...)
Respuestas	Respuestas políticas a dichas necesidades
Valores	Justicia social, no discriminación, reparto equitativo
Objetivo principal	Facilitar acceso a bienes sociales básicos que el individuo no puede alcanzar por mecanismos normales
Rol profesional	Diseñador e implementador de políticas sociales

Fuente: Elaboración propia a partir de Conde Megías (2003).

Como apunta la autora es un proceso que transcurre desde el exterior hacia el interior de las personas. Procura la corrección de un medio hostil, la cobertura de las necesidades atendiendo a los recursos existentes. Busca eliminar los factores que provocan conflictos sociales o malestar.

Por el contrario, la categoría autonomista-promocional tiene como finalidad que los sujetos sean activos de su propio desarrollo. A continuación, se presentan las cuestiones más relevantes de dichas intervenciones.

Cuadro 26: Características de los objetivos de las intervenciones autonomista- promocional

Características	Descripción
Definición	Intervención destinada a mejorar el patrón perceptivo conductual como forma de contribución a su realización como sujetos activos del bienestar social
Requisitos/ Condicionantes	Ajustado a la capacidad de control directivo y control ejecutivo de los agentes implicados.
Necesidades	Perceptual y conductual.
Respuestas	Respuestas contexto científico, teórico y metodológico.
Valores	Dignidad, autodeterminación y libertad de actuación
Objetivo principal	Promover la evolución como ser social y participación activa a través de la autodeterminación.
Rol profesional	Asesor educador en la promoción de capacidades

Fuente: Elaboración propia a partir de Conde Megías (2003).

Es decir, las intervenciones con objetivo autonomista- promocional promueven los recursos naturales de las personas para que aborden sus dificultades y sus problemas, a través de su desarrollo personal. En este caso, al contrario que las intervenciones con objetivos asistenciales- prestacionales, el proceso acontece desde el interior hacia el mundo exterior.

Conde Megías (2003) diferencia entre los objetivos esenciales entre los que se encuentran los abordados anteriormente (asistencialista prestacional y autonomista-promocional) y los objetivos metodológicos o instrumentales. En esta línea:

Los procedimientos metodológicos constituyen la dimensión operativa del proceso de intervención profesional, en tanto que determinan qué hacer y cómo hacerlo, para lograr los objetivos señalados. Son el conjunto de etapas, actividades y técnicas ordenadas en una secuencia tal, que orienta al desarrollo de la intervención, en cuanto proceso que debe modificar su objeto. (García-Salord, 1991, p.19-20)

Munuera apunta las palabras de Hamilton cuando señalan el objetivo del TS con casos:

Le incumbe la liberación de los recursos en el entorno inmediato y de las capacidades en el individuo que pueda darle una vida más plena... afirmando que, para ayudar eficazmente a otra persona, es preciso saber respetar la personalidad humana: reconocer que cada cual tiene el derecho de gobernar su propia vida, de gozar de libertades personales y civiles, y buscar la felicidad y las metas espirituales conforme con su manera de entender las cosas...

Se caracteriza por su objetivo que es proporcionar servicios prácticos y consejo, a fin de despertar y conservar las energías psicológicas del cliente, hacerlo participar activamente para la solución de sus problemas. (Munuera, 2002, p.2)

Otra forma de clasificar los objetivos tiene en cuenta el contacto con el sistema cliente. Así, ANECA (2004, p.105) se basa en la categorización del National Institute for Social Work (1992) y define la intervención directa y la indirecta, en los siguientes términos:

La intervención directa se realiza en diversos ámbitos de desempeño e incluye una serie de actividades profesionales del trabajador social que, para el logro de sus objetivos, precisan de un contacto personal entre profesional y la persona, familia o grupo de implicados, de tal forma que la relación que se establece entre el trabajador social y el sistema cliente (individuos, familia, grupo pequeño) es un elemento significativo en el cambio de situación.

La Intervención Indirecta: se realiza en diversos ámbitos de desempeño e incluye aquellas actividades del trabajador social de estudio, análisis, sistematización, planificación, evaluación, coordinación y supervisión. La intervención indirecta es de suma importancia en el TS. (ANECA 2004, p.105)

De acuerdo con esta clasificación, las intervenciones directas se desarrollan en contacto con el sistema cliente, mientras que las indirectas son actuaciones para atender la situación del sistema cliente.

A modo de conclusión, se puede señalar que “el objetivo de los trabajadores sociales será siempre crear una relación con sus clientes, de manera que las tareas que se realicen se lleven en colaboración con todas las personas que muestren cierto grado de confianza y comprensión” (Conde Megías 2003, p.304). En el ámbito que nos ocupa, se hace necesario que los profesionales de TS empoderen y promuevan las capacidades de las personas mayores para mejorar su calidad de vida. Para ello, desarrollan diferentes funciones como se verá en el siguiente epígrafe.

4.3. FUNCIONES

Desde la disciplina del TS han sido muchos los intentos de diferentes autores para definir, delimitar e identificar la actividad profesional de estos profesionales. Estos intentos se han llevado a cabo desde diferentes aspectos; así junto con la definición, los objetivos y principios del TS se acompañan enumeraciones de funciones y ámbitos de intervención. En este epígrafe se identifican

y analizan estas. Para ello, se han seleccionado las fuentes más significativas dentro del ámbito académico, colegial e institucional ya que la bibliografía que hace referencia a este tema es muy extensa. Son diversos los autores que han realizado el esfuerzo de agrupar las diferentes funciones profesionales (Mendelshon, 1980 citado en Moix, 1991; Rovere *et al.*, 1984; Torres, 1987; Kisnerman, 1988; Rubí, 1991; De La Red, 1993; Ander Egg, 1994; Conde Megias, 2002; Ballesterro *et al.*, 2013).

En esta misma línea, los colectivos académicos y profesionales han trabajado sobre esta cuestión estableciendo recomendaciones y agrupándolas en diversas categorías. Son destacables los siguientes documentos:

- Federación Internacional de TS (1976)
- Consejo de Universidades (1988)
- Código deontológico del TS (1999)
- Recomendación (2001) del Comité de Ministros de la Unión Europea
- Estatuto de la profesión del TS (2001)
- Libro Blanco del grado de TS (2004)

En el marco de la tesis se va tomar como referencia tanto el Estatuto de la profesión del TS (2001) como el Libro Blanco: Título de Grado en TS (ANECA, 2004) por ser los trabajos más recientes elaborados en los ámbitos profesional y académico, respectivamente; y, por tanto, permiten obtener una visión actualizada y completa de las mismas.

El Libro Blanco: Título de Grado en TS (ANECA, 2004) muestra el resultado del trabajo llevado a cabo por una red de universidades españolas con el objetivo de diseñar un modelo de Título de Grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EESS). Dicho trabajo recoge las aportaciones del proyecto de Estatuto Profesional elaborado por el Consejo Superior de Colegios de Diplomados en TS y Asistentes Sociales y señala las siguientes funciones a desarrollar por los diplomados en TS/ asistentes sociales en el ejercicio profesional, tanto por cuenta propia como ajena:

Cuadro 27: Funciones profesionales de titulados en TS

<p>Función preventiva: Actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. Elaboración y ejecución de proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos</p>
<p>Función de atención directa: Responde a la atención de individuos o grupos que presentan, o están en riesgo de presentar problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social</p>
<p>Función de planificación: Es la acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de esta. Esta función se puede desarrollar a dos niveles: microsocioal, que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales y macrosocioal, que comprende el diseño de programas y servicios sociales</p>
<p>Función docente: Con el objetivo de impartir enseñanzas teóricas y prácticas de TS y de Servicios Sociales, tanto en las propias escuelas universitarias de TS, como en otros ámbitos académicos, así como contribuir a la formación teórico-práctica pregrado y posgrado de alumnos/as de TS y de otras disciplinas afines. Los diplomados en TS/asistentes sociales, son los profesionales idóneos para impartir la docencia en las materias de TS y servicios sociales</p>
<p>Función de promoción e inserción social: Se realiza mediante actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. También mediante el diseño y la implementación de las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales</p>
<p>Función de mediación: En la función de mediación el diplomado en TS/asistente social actúa como catalizador, posibilitando la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución de este</p>
<p>Función de supervisión: Proceso dinámico de capacitación mediante el cual, los diplomados en TS/asistentes sociales responsables de la ejecución de una parte del programa de un servicio, reciben la ayuda de un profesional del TS con la finalidad de aprovechar de la mejor forma posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes de forma que ejecuten sus tareas profesionales de un modo más eficiente y con mayor satisfacción, tanto para ellos mismos como para el servicio</p>
<p>Función de evaluación: Tiene la finalidad de constatar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempo empleados. También la de asegurar la dialéctica de la intervención. Indica errores y disfunciones en lo realizado y permite proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorece las aportaciones teóricas al TS</p>
<p>Función gerencial: Se desarrolla cuando el trabajador social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales</p>
<p>Función de investigación: Proceso metodológico de descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas a fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada.</p>
<p>Función de coordinación: Para determinar mediante la metodología adecuada las actuaciones de un grupo de profesionales, dentro de una misma organización o pertenecientes a diferentes organizaciones, a través de la concertación de medios, técnicas y recursos, a fin de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto.</p>

Fuente: ANECA (2004, p.170-171).

Como se puede ver las funciones incluyen acciones de intervención directa e indirecta. Así ANECA (2004) recoge todas las funciones establecidas en el Estatuto de la Profesión (2001) y añade las de investigación y coordinación que no figuraban expresamente en dicho documento.

Para desarrollar estas funciones el TS se rige por unos principios éticos como se verá en el siguiente epígrafe.

4.4. PRINCIPIOS

Los principios remiten a las dimensiones éticas y deontológicas para la práctica profesional, como se verá en los siguientes párrafos se presentan los hitos relevantes para abordar la dimensión ética de esta disciplina. La ética es una herramienta de ayuda para la deliberación y la toma de decisiones justas y buenas. En palabras de Cortina (2003):

La ética desde sus orígenes se ha gestado como un saber que se propone ofrecer orientaciones para la acción de modo que actuemos racionalmente, es decir, que tomemos las decisiones más justas y buenas, y justamente recibe el nombre de ética porque tales decisiones exigen cultivar las predisposiciones a tomarlas hasta que se conviertan en hábito, incluso en costumbre. (p.18)

Diversos autores consideran que el TS está íntimamente ligado a la ética, precediendo ésta al TS (Romanco, 2017; Sobremonte, 2018; De la Red, 2019). Apuntan que es necesario poner en valor la dimensión ética de esta profesión para promover y alcanzar mejoras en la calidad de vida de las personas, de manera especial, aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o dificultad social como son las personas mayores y, de forma más particular, cuando estas se encuentran en situación de dependencia y/o de exclusión social. Romanco justifica la necesidad en la sociedad actual de una mayor vinculación entre ética y TS:

Cada vez brilla con más fuerza la ética, sin duda por su ausencia y su necesidad. Esta rama de la filosofía, que reflexiona sobre la moral y disciplina académica impartida en TS debe adaptarse a los nuevos tiempos de posmodernidad y reflexionar sobre sus posibilidades en la modernidad líquida, en la cual los vínculos sociales son cada día más frágiles.(Romanco, 2017, p.40)

Es decir, según el autor es preciso que la disciplina se adapte y de respuesta a las situaciones emergentes, como puede ser el envejecimiento de la población; si bien, se hace preciso que la ética impregne dichas intervenciones profesionales en una sociedad cada vez más envejecida con problemas de aislamiento social, de falta de apoyos sociales y familiares.

Es necesario diferenciar la deontología de la ética. Ambos conceptos están íntimamente relacionados, sin embargo, presentan características diferenciadas. De La Red (2019) establece que la primera se orienta al deber, se recoge en normas y códigos, es exigible a los profesionales, requiere actuaciones, es aprobada por un colectivo de profesionales, establece los mínimos establecidos y se sitúa entre la moral y el derecho. Mientras que la ética se orienta al bien, no es exigible, presenta un carácter individual de manera predominante, propone motivaciones y se preocupa por los máximos

En definitiva, la ética va más allá del deber y se orienta al bien y, según la autora no es exigible ya que no se basa en elementos normativos. Sin embargo, la deontología al tener las normas como referencia es exigible a los profesionales y establece unos mínimos obligatorios que los profesionales han de acatar, mientras que la ética es individual apoyándose en la conciencia individual predominante y, pretende actuar conforme a unos criterios máximos. En esta línea, la autora identifica tres dimensiones: a) teleológica, b) normativa-deontológica y c) práctica. Estas son complementarias e interdependientes y su integración implica calidad profesional de las intervenciones (De la Red, 2019) aunque en ocasiones dichas dimensiones no siempre se han articulado de manera armónica (Uriz & Salcedo, 2017; De La Red, 2019).

La ética de la profesión ha ido modificándose a lo largo de la historia y se han aprobado diferentes herramientas que han puesto en valor la dimensión ética de esta disciplina. Entre otras, se pueden destacar por su relevancia las siguientes:

- ✓ Primer Código Internacional de Ética TS (FITS, 1976),
- ✓ Principios y Criterios de la Ética del TS (FITS, 1994),
- ✓ Primer Código Deontológico de la Profesión de TS (CGTS, 1999),
- ✓ Nuevo Código Internacional de Ética para TS (FITS, 2004),
- ✓ Código Deontológico de TS. Herramientas e Instrumentos de TS de España (CGTS, 2012)
- ✓ Declaración Mundial de los Principios Éticos y de Integridad Profesional de TS (FITS, 2018).

Dichos hitos vinculados tanto a organismos internacionales del TS (FITS) como a instituciones españolas (CGTS) dan respuesta a las necesidades sociales emergentes que requieren actuaciones éticas y profesionales adecuadas a las mismas y, proporcionan un marco de actuación ajustado a dicho contexto. Las Declaraciones de principios éticos actúan de guía para que los y las profesionales, desempeñen su labor con integridad profesional y con el compromiso de intervenir

conforme a los valores y principios fundamentales. A continuación, se definen los principios éticos del TS poniendo de manifiesto la evolución de los mismos.

Los principios éticos del TS constituyen el marco que va a orientar y guiar la práctica profesional. Son “los fundamentos éticos a los que recurre el TS para orientar sus decisiones morales son los principios y valores consensuados por la profesión y recogidos en los códigos deontológicos y declaraciones internacionales de ética” (Sobremonte, 2018, p.391).

Recogemos el siguiente cuadro de la autora que define la evolución de los principios desde Biestek (1957) hasta Declaración Mundial de los Principios Éticos y de Integridad profesional de TS (FITS, 2004):

Cuadro 28: Evolución de los Principios Éticos del TS

Biestek (1957)	Butrym (1976)	Banks (1995)	FITS (2004)
Individualización	Individualización	Respeto y promoción de derechos del individuo	Derechos humanos y dignidad humana
Expresión significativa de sentimientos	Expresión significativa de sentimientos	Promoción del bienestar e igualdad	Defensa de la integridad y el bienestar
Implicación emocional controlada	Implicación emocional controlada		Promoción de una atención integral
Aceptación	Aceptación		Desarrollar las fortalezas de las personas: empoderamiento
Actitud fiscalizadora	Actitud fiscalizadora		Derecho de las personas a la participación
Autodeterminación	Autodeterminación		Autodeterminación
Confidencialidad	Confidencialidad		Confidencialidad
	Respeto a las personas	Justicia distributiva	Justicia social
			Desafiar a la discriminación
			Reconocer la diversidad étnica y cultural
			Distribución equitativa de los recursos
			Oposición a las políticas acciones injustas
			Inclusión social

Fuente: Sobremonte (2018, p.395-396).

Como se observa en el anterior cuadro, existe una preocupación permanente del TS por adaptarse y dar una respuesta ética ante las cuestiones que se debaten en cada contexto histórico (Sobremonte, 2018), y, por consiguiente, los principios han ido evolucionando e incorporando cuestiones como la atención integral, el empoderamiento y la inclusión social, entre otras.

Posteriormente en 2018, la FITS aprueba la Declaración Mundial de los Principios Éticos y de Integridad profesional de TS, que se encuentra vigente en la actualidad. Esta establece como principio globalizador la promoción de derechos humanos como elemento fundamental que ha de guiar la práctica profesional, basado en el respeto del valor hacia la dignidad de las personas y de los derechos individuales (FITS, 2018). Dicha declaración también incorpora principios relativos al uso de tecnología y redes sociales y la integridad profesional.

En el marco de la tesis se van a considerar especialmente los principios definidos en esta declaración (FITS, 2018) entendiendo que, en la actualidad, dichos principios éticos constituyen el marco de orientación y guía de la práctica profesional. En el siguiente cuadro se apuntan los principios apuntados y la descripción realizada por este organismo internacional:

Estudio del Envejecimiento Activo desde la perspectiva del Trabajo Social

Cuadro 29: Principios profesionales y descripción (FITS, 2018)

Principio	Descripción
Reconocimiento de la dignidad inherentes al ser humano	Reconocimiento y respeto de la dignidad y el valor de todos los seres humanos en actitud, palabra y acción. Respeto a todas las personas, pero desafían las creencias y acciones de aquellas personas que devalúan o estigmatizan a ellos mismos o a otras personas
Promoción de los derechos humanos	Promoción de los Derechos Fundamentales, inalienables para todos los seres humanos. Respeto a la dignidad de todas las personas y los derechos individuales y sociales y / o civiles
Promoción de la justicia social	Responsabilidad de involucrar a las personas en el logro de la justicia social, en relación con la sociedad y con las personas con las que trabajan. Implica a) rechazo a la discriminación y opresión institucional, b) respeto a la diversidad, c) promoción del acceso a los recursos de forma equitativa, d) desafío de políticas y prácticas injustas y e) construcción de solidaridad
Promoción del derecho a la autodeterminación	Promoción de los derechos de las personas a tomar sus propias decisiones, siempre que no amenacen los derechos e intereses legítimos de los demás
Promoción del derecho a la participación	Promoción de la autoestima y de las capacidades innatas de las personas, favoreciendo su plena participación en todos los aspectos de las decisiones y acciones que afectan a sus vidas
Respeto por la confidencialidad y la privacidad de las personas	Promoción de los derechos de confidencialidad y privacidad, salvo que exista un claro riesgo de daño hacia sí mismos, hacia otros u otras restricciones legales. Información a las personas con las que trabajan de los límites respecto a este principio
Tratar a las personas como un todo	Reconocimiento de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas. Entendimiento de las personas como todo un completo. Implica la formulación de evaluaciones e intervenciones integrales con plena participación de las personas, las organizaciones y las comunidades.
Uso ético de la tecnología y las redes sociales	Aplicación en todos los contextos de la práctica del TS, ya mediante el contacto directo o mediante el uso de la tecnología y las redes sociales. Reconocimiento de que el uso de la tecnología y las redes puede suponer una amenaza para la práctica de estándares éticos y deben contar con el conocimiento necesario para protegerse contra prácticas no éticas.
Integridad profesional	a) Responsabilidad de las asociaciones y organizaciones nacionales de TS, desarrollo y actualización de sus propios códigos de ética, b) posesión de las titulaciones requeridas, c) apoyo a la paz y la no violencia, d) actuación con integridad, e) dar y recibir pequeños obsequios forma parte de las costumbres en algunas culturas y lugares, f) autocuidado profesional y personal, g) responsabilidad de sus acciones y h) espacios de discusión y defensa de los principios de esta declaración

Fuente: Elaboración propia a partir FITS (2018).

Estos principios actúan como guías que orientan las intervenciones profesionales. Sin embargo, en muchas ocasiones, se generan dilemas éticos que exigen un análisis y una deliberación ante las mismas que tenga en cuenta los valores y principios, que los jerarquice, analice y permita una toma de decisiones (Ballesteros *et al.*, 2002; Sobremonte, 2018). Es decir, la ética es una dimensión inherente al TS, que ha de impregnar las intervenciones sociales situando el foco en lo bueno, en

lo correcto y guiando estas cuando se producen conflictos o dilemas éticos, cuando existen alternativas igualmente inadecuadas y no se sabe cuál será la correcta (Banks,1997).

Finalmente, tal y como se ha mencionado en el presente apartado, acompañando a las Declaraciones de Principios, se encuentran los Códigos Deontológicos. Estos tienen entre otros objetivos, definir las intervenciones profesionales adecuadas tanto con los usuarios como con otros profesionales y servir de base para las cuestiones disciplinarias. En concreto, en la actualidad en España, se encuentra en vigor el Código Deontológico del TS (2012). Se trata de un documento de amplio espectro que aborda cuestiones tales como las funciones; los instrumentos; ámbitos de aplicación; principios básicos y generales; derechos y deberes; confidencialidad y secreto profesional y las comisiones deontológicas. Es de obligado cumplimiento para cualquier profesional que ejerza el TS en el estado español y se puede desarrollar en diferentes ámbitos y niveles de intervención, como se expone en el siguiente epígrafe.

4.5. ÁMBITOS Y NIVELES

En su aplicación práctica el TS se desarrolla en diferentes ámbitos y niveles. Barbero entiende el TS como una serie de acciones que se basan en un estudio y que tiene como finalidad la consecución de unos objetivos.

El TS debe entenderse como un conjunto coherente de acciones que responde al análisis previo de un entorno y que pretende producir unos resultados previstos. Se trata de una forma de intervención que se orienta en base a medios y criterios científicos. (Barbero, 2003, p.394)

En palabras de Moix (1991, p.299):

El método se refiere siempre a la actuación del trabajador social, es decir, a lo que este ha de hacer, al cómo y al cuándo, si quiere desempeñar su papel funcional y cumplir con su deber como trabajador social en una situación específica.

Es decir, más allá de la suerte, de la intuición y del conocimiento vulgar, se encuentran unos procedimientos comunes de realizar las acciones; unos conocimientos o teorías propios y de otras disciplinas científicas; y finalmente el pensamiento lógico y sistemático para argumentar y relacionar (Barbero, 2003). En la literatura del TS el término de método se ha empleado de dos

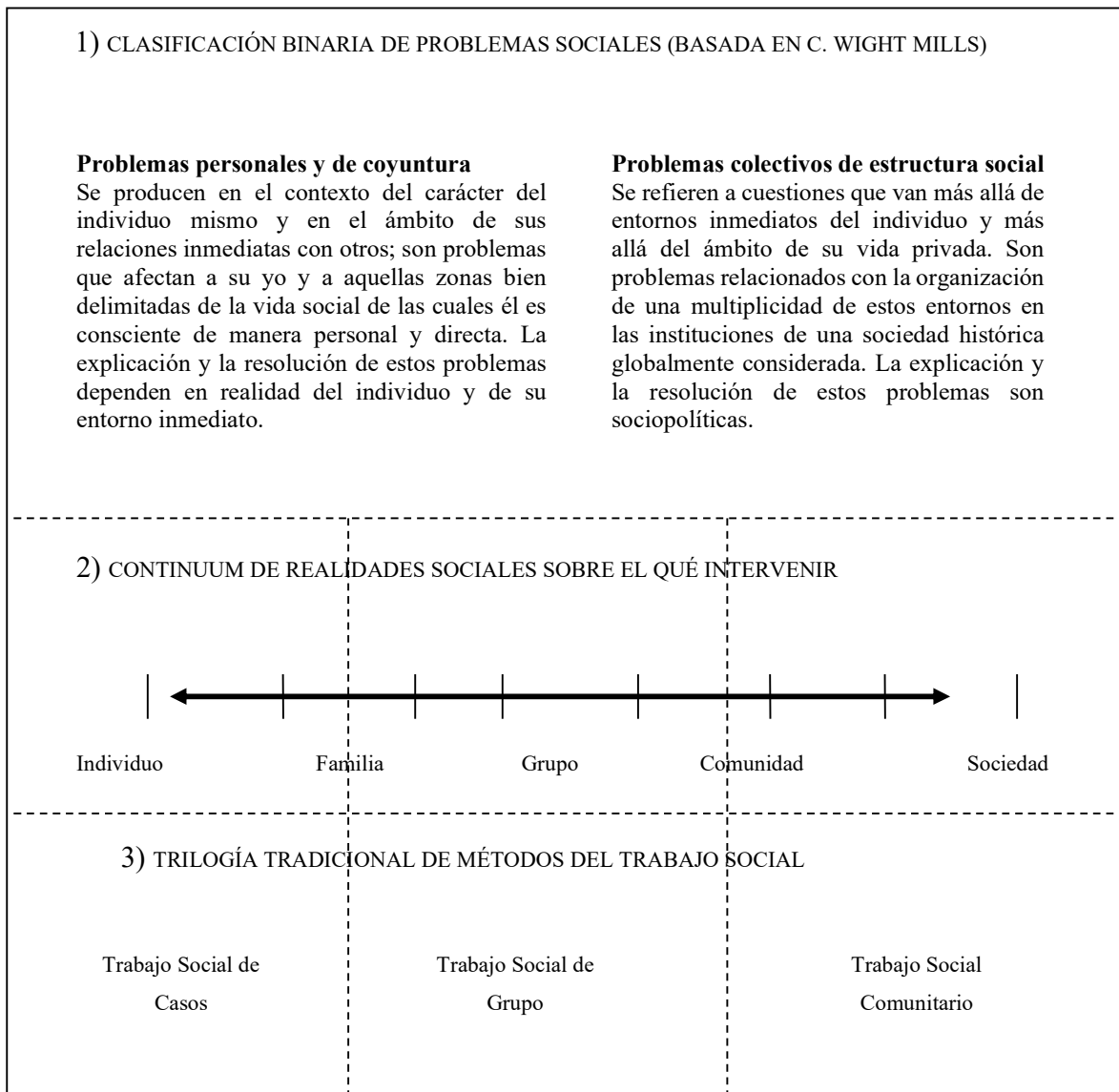
formas complementarias. La primera de ellas para referirse a los grandes métodos tradicionales: TS de casos con individuos y familias, el grupal y el comunitario y, la segunda para referirse a los procedimientos y estructura común de todos estos abordajes (Moix, 1991; Barbero, 2003).

En palabras de Barbero la estructura del procedimiento presenta las siguientes fases que acontecen en espiral ya que se retroalimentan y redefinen de manera constante. Las fases apuntadas son las siguientes: a) estudio de la situación social personal o colectiva; b) elaboración de un diagnóstico de la situación social; c) establecimiento de un plan o proyecto de intervención; d) ejecución práctica o aplicación del proyecto; y, e) evaluación de los resultados obtenidos (Barbero, 2003, p.398).

Por consiguiente, este modelo no se basa en la superposición de fases estancas, sino que prevé un desarrollo no lineal, sino en espiral; contemplando la retroactividad y retroalimentación de las diversas operaciones sobre el conocimiento.

La siguiente ilustración de Barbero refleja los espacios de intersección de los métodos tradicionales y la dificultad de delimitar los fenómenos humanos en los que se interviene.

Figura 7: Niveles de Intervención en TS



Fuente: Barbero (2003, p.423).

El autor se basa en una categorización binaria de los problemas sociales y apunta a los personales y de coyuntura frente a los problemas colectivos de estructura social. Los primeros se encuadran en el contexto del individuo y en las relaciones inmediatas con los demás. Sin embargo, los colectivos van más allá de dichos entornos inmediatos. En el primer caso, la resolución de los mismos depende del individuo y de su entorno; y, en el segundo, el abordaje requiere medidas socio políticas. Refleja el autor sobre una línea continua de realidades sociales, la correspondencia de dichas realidades con los métodos tradicionales de TS de casos, grupos y comunidades.

A continuación, en el siguiente cuadro se exponen las características más significativas de cada una de ellas siguiendo a Moix (1991) y a Barbero (2003).

Cuadro 30: TS de casos, grupal y comunitario

Nivel	Características
TS de casos	Protagonista: <i>persona</i> Abordaje: <i>situaciones sociales personales o familiares. Diversidad de estas</i> Pionera: <i>Mary Richmond "social case work"</i> Foco: <i>relación que establece el profesional con el individuo y/o familia mejora el desarrollo y fomenta el bienestar de dicho sistema cliente</i>
TS de Grupo	Protagonista: <i>el individuo en la situación grupal</i> Abordaje: <i>problemas y necesidades sociales individuales a través de la organización de espacios grupales</i> Pionera: <i>Gisela Konopka</i> Foco: <i>relaciones interpersonales en el marco de dicho grupo para trabajar las situaciones sociales personales</i>
TS Comunitario	Protagonista: <i>grupo como sujeto colectivo autónomo</i> Abordaje: <i>situaciones sociales colectivas a través de acciones colectivas y asociativas</i> Representante: <i>Marco Marchioni</i> Foco: <i>Creación y sostenimiento de un grupo para la aplicación de proyectos de Desarrollo Social</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de Moix (1991) y Barbero (2003).

Los métodos apuntados en el cuadro anterior pueden reflejar la diversidad, disparidad y variedad que identifica al TS. Ya que, se puede intervenir, entre otras, en situaciones de abandono de personas mayores, de vulnerabilidad social de personas de edad con discapacidad intelectual, implementar un grupo de cuidadores/as de personas en situación de dependencia, o bien, promover el desarrollo comunitario que prevenga las situaciones de soledad no deseada de personas mayores. Todas estas intervenciones que, a priori, pueden parecer inconexas e independientes, se explicarían con la metáfora de Moix (1991) del "TS como árbol invertido"³⁹. Es decir, aquellas acciones variadas, pertenecen al árbol del TS, tienen el mismo tronco, comparten método y principios. Como apunta el autor el desarrollo científico de esta disciplina ha acontecido en un orden inverso a otras ciencias.

³⁹"De suerte que a la reconocida juventud del TS, se une para dificultar su concepto, su rara peculiaridad de haber crecido en sentido inverso al natural desarrollo de las demás profesiones y disciplinas científicas, las cuales han empezado por producir un tronco común y solo cuando este ha sido bastante vigoroso y pujante, lo han ido diversificando sucesivamente en varias ramas, mientras que el TS a la manera de un árbol invertido, comenzó por manifestarse en una pluralidad de ramas inconexas que se ignoraban mutuamente, y que solo merced de su progresivo desarrollo llegaron a encontrarse en un mismo tronco, tomando entonces conciencia de que pertenecían todas ellas a un idéntico árbol y de que constituían las diversas ramas o especialidades de algo que es único y común a todas ellas: el TS" (Moix, 1991, p.216)

Como se ha señalado, el TS está presente en diferentes ámbitos, siempre apoyado en su tronco, con la finalidad de promover el bienestar social de individuos, grupos y comunidades. En algún ámbito, con mayor peso, como puede ser el sistema de servicios sociales y, en otros, con menor presencia. Tal y como recoge Gaitán (1991) los espacios en los que ejercen su actividad los trabajadores sociales son entre otros: a) servicios sociales, b) educativos, c) de salud, d) relacionados con la administración de justicia, e) sector laboral, f) vivienda, g) ejercicio libre, h) administración, gerencia y planificación de servicios de bienestar social y, i) docencia e investigación. También, el Libro Blanco Título de Grado en TS elaborado por la ANECA (2004) hace referencia a dichos ámbitos profesionales en los que el profesional del TS tiene consolidada su presencia y recoge nuevos espacios profesionales tales como, márketing social, mediación familiar y riesgos laborales, entre otros. La disciplina adaptará sus funciones, tareas y herramientas a diversos ámbitos y niveles, sin embargo, tal y como apunta Moix (1991) el tronco de la disciplina permanece.

Por la diversidad de campos de acción del TS, este trabajo se va a centrar en aquellos vinculados con la atención social a personas mayores. Por ello, en el siguiente epígrafe se presenta el TS gerontológico identificando sus particularidades.

4.6. TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO

La gerontología como disciplina aborda la vejez y el proceso de envejecimiento, para ello considera sus diferentes componentes y requiere de un abordaje multidisciplinar con presencia de Derecho, Medicina, Psicología y, TS; con el fin de conocer y actuar en dicho proceso de una manera integral. Considera el envejecimiento desde el punto de vista físico, psicológico y social. Por consiguiente, el fenómeno humano y poblacional actual del envejecimiento demográfico requiere de intervenciones diversas y complementarias que permitan dar respuesta a las coyunturas derivadas de dichos fenómenos.

En concreto, desde el TS se interviene con las personas mayores al abordar las variables psicosociales de la realidad del envejecimiento (Paola, 2019). Cuando se observa la vinculación del TS con las personas mayores se relaciona tanto con la gerontología comunitaria como con la institucional (Golpe *et al.*, 2004). En el primer caso, se dirige a las personas mayores que se encuentran en su medio y se realiza con un enfoque de mayor amplitud que las intervenciones que

se desarrollan con las personas mayores que se realizan de manera institucionalizada (Paola, 2019). Este enfoque pone de relevancia la participación activa de la persona mayor en la comunidad, ya que entiende que las cuestiones culturales, económicas, sociales y ambientales, entre otras, condicionan y van a tener un impacto en los procesos de envejecimiento (Roque & Fassio, 2012). Así, dichos autores apuntan que “la Gerontología comunitaria pretende ser transformadora de la realidad. Promueve espacios genuinos de participación de las personas, las familias, la comunidad, las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor” (Roque & Fassio, 2012, p. 16). Desde este enfoque se abordan las consecuencias de las políticas de pensiones, de ocio y tiempo libre, de servicios sociales, de atención a los cuidadores entre otras y cómo esto va a condicionar el desarrollo de los procesos de envejecimiento. Una cuestión altamente interesante de este modelo es que sitúa a las personas mayores en el foco de atención, promoviendo espacios y estrategias participativas eficaces.

Por otra parte, la gerontología institucional parte del campo organizacional vinculado con las personas mayores, según Roque y Fassio (2012) estaría conformado por:

Los organismos públicos en sus distintas jurisdicciones de los que emerge normativa, promoción y control relacionados con la población y temáticas de los adultos mayores (...); las organizaciones conformadas exclusivamente por las personas mayores; las que incluyen adultos mayores como miembros o como población objetivo; las que prestan diversos servicios a los mayores relacionados con su salud o con su bienestar en general (...); los proveedores de servicios de turismo y recreación; las universidades públicas y privadas que tienen áreas de enseñanza, investigación y desarrollo en la temática gerontológica; los profesionales y asociaciones científicas relacionados con el tema, etc. (p.17)

Es decir, la gerontología institucional considera a aquellas entidades bien integradas por personas mayores o bien cuando dichas organizaciones orientan sus objetivos a estas. Desde el punto de vista del presente trabajo, ambas tipologías resultan de interés. Tal y como recoge Martín (2012) el TS gerontológico es:

La práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlo. Se trata pues, de una intervención profesional intencionada y científica (por lo tanto racional y organizada) en la realidad social de las personas mayores, para conocerla

y transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar de este colectivo.
(p.13)

Si bien, es cierto, que en la actualidad se observa una tendencia de que las personas puedan envejecer en su casa, en su medio, y esto, se plantea como principio de intervención de los profesionales de atención social y de los responsables públicos (Paola, 2019). Este aspecto tiene como consecuencia un mayor desarrollo de servicios y planes comunitarios tales como el servicio de ayuda a domicilio, centros de día y programas preventivos. De una manera global, el TS Gerontológico forma parte del TS y utiliza la metodología propia de dicha disciplina para dar respuesta a las necesidades de este grupo de población y promover mejoras en el sistema de bienestar social (Filardo, 2011; Martín, 2012). En este sentido, resulta de interés conocer la opinión de los autores respecto de las funciones, sus actividades y las líneas metodológicas seguidas.

Se sobreentiende que el método en el que se apoya en TS Gerontológico es el método básico del TS (Filardo, 2011; Martín, 2012), si bien es cierto, que se pueden encontrar peculiaridades respecto a las funciones, los recursos desde los que interviene y los criterios metodológicos de aplicación.

Diversos autores que abordan el TS gerontológico también se basan en la categoría establecida por ANECA (2004) para el abordaje de las funciones (Filardo, 2011; Martín, 2012; Cuesta & Raya, 2017). En esta línea, Martín (2012) realiza una interesante clasificación y organización de dichas tareas exponiendo los objetivos, actividades y metodología empleadas en cada una de ellas y establece cuatro categorías. Una primera, que incluye funciones de atención directa, incorpora en las mismas el TS Individual y familiar y el TS Grupal. En una segunda categoría, incluye las funciones de atención indirecta tales como coordinación, gestiones, documentación y planificación entre otras. Una tercera, está relacionada con la formación, docencia e investigación y, finalmente, la cuarta categoría, se encuentra relacionada con la dirección, gestión, planificación y organización de centros de mayores. El autor explica las mismas vinculándolas con las características propias de las personas mayores identificando objetivos de las mismas y algunas actividades necesarias para su desarrollo.

Por su parte Filardo (2011) y, Cuesta y Raya (2017), se hacen eco de las funciones y tareas profesionales del TS Gerontológico. La primera sigue la estructura planteada por ANECA (2004) y las segundas se apoyan en los objetivos prioritarios del profesional.

En línea con lo anterior, Danel (2012) identifica tres perfiles que pueden desarrollar los profesionales del TS gerontológico: “Un servicio social ligado a los procesos de gestión/asistencia y control; otro vinculado a la educación social, cuya finalidad es la integración social y la socialización; y un tercer perfil ligado a la animación socio cultural” (p.37).

Vinculado a dichos perfiles resultan de interés los recursos sociales más relevantes de la atención a las personas mayores. Filardo (2011) diferencia entre prestaciones residenciales, no residenciales, técnicas y programas de ocio y salud, como recursos sociales clave para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. En esta línea, Porcel (2001) pone de manifiesto la importancia de:

Conseguir una red de atención socio sanitaria a personas mayores eficaz y de calidad, en la que se optimicen los recursos de ambos sistemas a partir de métodos coordinados de gestión, coordinación y distribución y financiación tanto en el sector público como privado. (p.283)

En definitiva, refuerza la necesidad de crear sistemas coordinados de atención que permitan la prestación de servicios y recursos sociales dirigidos a las personas mayores. El TS cuenta con la fortaleza de estar presente en la mayoría de los recursos e instituciones en las que se implementan servicios y proyectos dirigidos a las personas mayores, siendo esto un elemento clave en el diseño de políticas públicas que se dirigen y orientan a este grupo etario. Este profesional se encuentra en el sistema de servicios sociales de primer y segundo nivel; en centros de participación; centros de día y residencias de personas mayores, en los servicios del sistema de salud y en el tercer sector. Dicha presencia generalizada posibilitaría un mejor desarrollo de las funciones profesionales.

Finalmente, los autores ponen de manifiesto las líneas metodológicas que sirven de guía para el desarrollo del TS gerontológico. Así, Martín (2012) identifica elementos básicos de las intervenciones sociales tales como a) el trabajo interdisciplinar, b) plan individualizado de atención integral, c) utilización de instrumentos validados, d) la elaboración de protocolos y, e) realización de registros. Todos ellos contribuirían a la prestación de servicios eficaces y de calidad, ya que implican la mejora de las intervenciones. En la misma línea, Porcel (2001) apunta la importancia de organizar los procesos asistenciales para conseguir la mayor calidad en la prestación de servicios a los usuarios. Esto implica una mejor definición de indicadores, desarrollo de protocolos y sistematización de buenas prácticas. Recoge, también esta autora, el valor del trabajo en equipo

y lo justifica basándose en que “la respuesta profesional a la atención requerida por los mayores en muchas situaciones de carencia ha de darse a través de un equipo interdisciplinar para darse una atención de calidad a la persona residente y a su familia” (Porcel, 2001, p.285).

Otra cuestión metodológica de interés para el TS Gerontológico compartida por diversos autores se relaciona con una metodología denominada “atención centrada en la persona” (Porcel, 2001; Yusta, 2018). La persona, en este caso, la persona mayor, ha de ser el foco y el centro de atención y los servicios habrían de adaptarse a las personas y no al contrario, por tanto, siguiendo a esta autora, los servicios debieran ser elegibles, comprensibles, individualizados, respetuosos y afectuosos (Porcel, 2001).

En la misma línea, Paola (2019) destaca el carácter comunitario que han de tener las intervenciones sociales, así el TS gerontológico, bajo el paraguas de la gerontología comunitaria entiende que el protagonista principal es la persona mayor y su comunidad y otorga al mismo tiempo un gran valor al trabajo interdisciplinar.

La FITS se hace eco de la posición privilegiada de los y las profesionales de TS para el diseño, implementación, planificación y evaluación de políticas sociales orientadas a personas mayores (FITS, 1999, 2008). En el año 2008, elabora una declaración política que recoge los principios en los que ha de basarse las políticas sociales para las personas mayores con la finalidad de promover su bienestar. Se resumen en el siguiente cuadro los principios apuntados.

Cuadro 31: Principios políticos para promover el bienestar de adultos mayores

Principio	Descripción
Participación	Diseño, implementación y evaluación de programas Eliminar políticas que discriminan e impiden la participación
Respeto en la calidad de vida y libre determinación	Calidad de vida referida a física, psicológica, social, intelectual y financiera
Protección DDHH	Bienestar físico, emocional y eliminación del abuso sexual
Universal e igualdad de acceso a servicios	Sin discriminación de raza, etnia, género, religión, estado civil u otros factores de diversidad
Eliminar actitudes discriminatorias	Todos aquellos factores que obstaculizan la participación social
Integración social	Inclusión de personas con discapacidad y enfermedades mediante participación política, actividades culturales, de voluntariado, intergeneracionales, aprendizaje permanente entre otros
Vivienda y entornos accesibles	Promoción de la persona mayor en su comunidad
Fortalecimiento de los sistemas de pensiones	Garantía de ingresos suficientes a través del fortalecimiento de los sectores público, privado y comercial. Erradicación de la pobreza, especial atención a las mujeres de edad
Promoción de la salud incluyendo salud mental	Prevención primaria, secundaria y terciaria
Establecimiento de servicios de apoyo en el hogar y comunidad	Programas de respiro a cuidadores familiares y servicios especializados a adultos mayores con trastornos cognitivos ej. Alzheimer
Atención especializada en emergencias	Desastres naturales y crisis humanitarias
Promoción y formación en gerontología y geriatría	Dirigido a trabajadores sociales y otros profesionales que intervengan con este colectivo
Promoción del TS Gerontológico	Abordaje de las necesidades biopsicosociales de este colectivo a través de la práctica, la política, la investigación y la promoción

Fuente: Elaboración propia a partir de la Federación Internacional de Políticas sobre el Envejecimiento y las personas de la Tercera Edad (FITS, 2008).

Sitúa la FITS, a los profesionales de TS en un lugar destacado para la creación, diseño, implementación y evaluación de políticas sociales. Recoge orientaciones tales como la promoción de la salud y situar a la persona en el centro de las intervenciones. En definitiva, el documento considera que los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial y que, debido a sus competencias, habilidades y formación, pueden abordar el fenómeno del envejecimiento a través de su intervención en la práctica, políticas, programas e investigaciones. Entiende también, que han de responder a la gran diversidad de adultos mayores y contrarrestar las diversas formas de opresión que generan mayores desafíos vinculados al envejecimiento (FITS, 2008).

Dicha declaración implica un reconocimiento de la situación demográfica y una puesta en valor a los profesionales del TS al reconocer el potencial de estos para intervenir con las personas mayores,

se hace eco de sus competencias, habilidades y fortalezas, así como de la diversidad de tareas a implementar. No obstante, es preciso destacar que dicha declaración no recoge de manera explícita el término de EA, sin embargo, la lectura y análisis de contenidos de la misma, permite observar una presencia implícita del mismo, al abordar cuestiones vinculadas con la participación, la salud y la seguridad.

BLOQUE III:

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 5.

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Hernández-Sampieri *et al.* (2006) señalan que en la definición del problema a investigar existen tres elementos que resultan claves: los objetivos, las preguntas previas a la investigación y, finalmente, cómo se justifica el estudio. En la introducción hemos abordado, por una parte, los objetivos de la investigación y, por otra parte, su justificación. En este apartado nos centramos en los objetivos específicos de la parte empírica.

Tal y como decíamos en la introducción la finalidad de la presente tesis doctoral se orienta a *contribuir a la mejora de las políticas, programas y servicios dirigidos a promover el Envejecimiento Activo desde la perspectiva del Trabajo Social*. El objetivo general consiste en *estudiar el papel del Trabajo Social en el desarrollo de las líneas de acción de promoción del Envejecimiento Activo*. Para abordar este objetivo desde un punto de vista empírico nos marcamos los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la relación teórico práctica entre Envejecimiento Activo y Trabajo Social
- Analizar las políticas desarrolladas en España en los últimos veinte años sobre Envejecimiento Activo
- Conocer la percepción de las y los profesionales de Trabajo Social respecto a la promoción del Envejecimiento Activo especialmente en su dimensión comunitaria

Asimismo, nos planteamos las siguientes hipótesis de investigación que nos ayudan a orientar dicho trabajo tras el análisis del contexto sociodemográfico y normativo, así como, del análisis conceptual del tema objeto de estudio:

- Hipótesis 1: El Trabajo Social promueve el Envejecimiento Activo en diferentes ámbitos y niveles.

- Hipótesis 2: Los objetivos, funciones y principios profesionales del Trabajo Social están alineados con el Envejecimiento Activo.
- Hipótesis 3: Las acciones y medidas relacionadas con el Envejecimiento Activo se dirigen principalmente a personas mayores con escaso deterioro físico y/o cognitivo y que mantienen un grado de autonomía alto/medio para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Estas hipótesis se basan en la práctica profesional desempeñada a lo largo de casi veinte años en centros de atención directa a personas mayores. Sugieren la relevancia de que los roles profesionales desempeñados, en este caso por el profesional del TS, contribuyen de manera efectiva a un mejor envejecimiento.

5.2. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Una vez expuestos nuestros objetivos e hipótesis de investigación, vamos a presentar la metodología que hemos seguido para el desarrollo de la tesis. La metodología nos da respuestas a la pregunta de cómo vamos a investigar, es decir, a través de qué métodos y técnicas vamos a acercarnos a la realidad de una forma objetiva. En el presente epígrafe identificamos la estrategia metodológica seguida, las fuentes de datos empleadas y la justificación de las mismas.

Para la consecución de los objetivos planteados se ha empleado una metodología predominantemente cualitativa aunque también se ha utilizado la metodología cuantitativa. El método cuantitativo plantea como finalidad:

Contar, pesar o medir, con todo el extraordinario grado de sofisticación y refinamiento que caracteriza a las simples operaciones cuando son llevadas a cabo por la ciencia. Los fenómenos y las relaciones entre fenómenos deben expresarse de forma matemática, esto es cuantitativamente, y las pruebas de las hipótesis se expresa en términos de probabilidad frente a las leyes del azar. (Beltrán,1996, p,35)

Continua apuntando el autor que, sin embargo, en las ciencias sociales el método cuantitativo ha de emplearse “sólo para aquellos aspectos de su objeto que lo exijan o lo permitan” (Beltrán,1996, p.35). Hemos adoptado un enfoque cuantitativo en la aproximación al fenómeno demográfico del envejecimiento, conocer los perfiles, tendencias, proyecciones de población que nos van a ayudar a contextualizar y dimensionar nuestro objeto de estudio en materia demográfica.

Por la naturaleza del objeto de estudio y los objetivos de la investigación, las estrategias metodológicas empleadas son principalmente cualitativas. Según Denzin y Lincoln (2000):

La investigación cualitativa es una actividad que sitúa al observador en el mundo y consiste en una serie de prácticas interpretativas que hacen el mundo visible. Estas prácticas interpretativas transforman el mundo, pues lo plasman en una serie de representaciones textuales a partir de los datos recogidos en el campo mediante observaciones, entrevistas, conversaciones, fotografías, etc. (p.3)

En palabras de Ortí (1986):

Las técnicas cualitativas se orientan (de modo intencionalmente específico) a captar (de forma concreta y comprensiva), analizar e interpretar los aspectos diferenciales de la conducta y de las representaciones de los sujetos y/o grupos investigados. Por ello, el enfoque cualitativo, inherente a la investigación motivacional profunda exige principalmente la libre manifestación por los sujetos encuestados de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), carencias (expectativas y orientaciones de valor sobre las informaciones recibidas) y deseos (motivaciones internas conscientes e inconscientes). (p, 213)

Penalva *et al.* (2015) destacan el carácter provisional y la flexibilidad de la metodología cualitativa frente a la linealidad de los diseños mas cuantitativos y muestran la investigación cualitativa en forma de bucle.

Diversos autores (Hernández, 1999, 2000; Salmerón, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013) ponen en valor la importancia de la mirada cualitativa en los estudios con personas mayores y EA. Apuntan a la metodología cualitativa como idónea para acercarnos y aprehender los discursos tanto de los profesionales como de las personas mayores.

Recogemos las palabras de González *et al.* (2014) quienes ponen en valor la investigación social cualitativa. Según los autores este tipo de investigación parte de las personas y desde las personas se construyen las interpretaciones: “Como trabajadores sociales nos compete ser investigadores de lo social-humano y, en tal sentido, nos corresponde la creación de enfoques teóricos y metodológicos flexibles y emergentes, que nos permitan comprender nuestra realidad, a partir del diálogo de saberes” (p.160). Refuerzan los autores la combinación y el pluralismo de metodologías adaptado al objeto y las necesidades de la investigación y de manera especial aquellos que

posibilitan espacios comunicativos, en los que el profesional recoge las palabras y discursos de las personas o grupos con los que trabaja, comprende y redefine las cuestiones planteadas.

Es decir, cada uno de estos métodos, por si mismos, no permitiría la comprensión integral de los procesos. Por ello, en las ciencias sociales es necesario y positivo que exista un pluralismo metodológico derivado del empleo de distintos métodos para analizar la misma realidad social (Beltrán, 1996; Valles, 1997; Cea D'Ancona, 2009). Esto se justifica por el enriquecimiento de la información obtenida, por la posibilidad de acceder a una comprensión con mayor profundidad de los fenómenos; la diversidad metodológica ofrece amplitud y calidad a la acción investigadora (Rodríguez & Vallderiolla, 2009).

En palabras de González *et al.* (2014):

La alternativa epistémica cualitativa recobra el sentido hermenéutico del conocimiento, pero en diálogo con las lógicas de personas, de grupos, de comunidades, es decir, conociendo, no solo el punto de partida de la acción profesional, sino también la definición y significados de sus problemas, su situación y sus formas de comprensión de su mundo cultural. Así que, lo social, desde la perspectiva epistémica cualitativa, se construye recomponiendo, recogiendo y dimensionando las experiencias de vida. (p.158)

Es decir, las investigaciones cualitativas van más allá de los datos planteados y cobra una especial relevancia el significado de estos y su contextualización. Tal y como señalan Penalva *et al.* (2015) los trabajos cualitativos han de responder a los siguientes criterios:

a) Que esté garantizada la diversidad de los discursos, b) que se atienda las principales variables sociodemográficas que favorezcan la obtención de discursos diversos, c) que la incorporación de nuevas hipótesis pueda comportar una introducción de más casos en la muestra y, d) que se llegue a la saturación de la información. (p.31)

Otra cuestión que resulta de interés en el abordaje metodológico consiste en analizar las fuentes empleadas. El presente trabajo se ha nutrido tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias. La investigación realizada a través de fuentes primarias incluye entrevistas semi estructuradas a profesionales, a personas mayores y a personas expertas en materia de envejecimiento. En cuanto a las fuentes secundarias, el acercamiento se ha ejecutado a través del estudio de bibliografía especializada, el análisis de planes y estrategias de envejecimiento que han permitido complementar la investigación. A continuación, vamos a describir los aspectos fundamentales de las mismas:

5.2.1. Fuentes primarias

5.2.1.1. Entrevistas semiestructuradas con informantes clave profesionales

Las entrevistas han sido una de las técnicas clave de la presente investigación, a través de las mismas hemos recogido la opinión de los profesionales y expertos que intervienen con personas mayores y también de las propias personas mayores como agentes clave de su procesos de envejecimiento. Las entrevistas son un medio adecuado para profundizar en los fenómenos sociales. En palabras de Taylor y Bodgan, (1992, p. 129) “ son encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal y como las expresan con sus propias palabras”. En el mismo sentido se pronuncia Ortí (1986) aludiendo a las aspiraciones del sociólogo cuando realiza entrevista individual abierta semidirectiva es:

”Leer” en todas sus dimensiones y niveles, únicamente las coordenadas motivacionales (psíquicas, culturales y clasistas...) más que sus características individuales, de la acción social situada de la clase de sujeto en presencia (o lo que es lo mismo, del sujeto típico de la clase de referencia (...)) en conclusión lo que aspiramos a “poder ver” y podemos estudiar en el discurso del entrevistado no son –en este género de investigación- sus problemas personales, sino la forma social –cultural y de clase- de la estructura de la personalidad y los condicionamientos ideológico de su proceso motivacional típico. (p.214)

Por consiguiente, consideramos que a través de las entrevistas semiestructuradas podíamos obtener información relevante acerca de nuestro objeto de estudio ya que permite un análisis de contenido, que resulta de especial relevancia para nuestro trabajo. “El análisis de contenido es una técnica de investigación (que se utiliza) para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos al contexto de los mismos“ (Krippendorff, 1980 citado en López-Aranguren 1996, p.462). Explicita que el análisis se vincula tanto a los contenidos objetivos y explícitos y también a su contenido latente (Lopez-Aranguren, 1996). Siendo preciso para el desarrollo de una investigación de esta índole definir la estructura conceptual del análisis de contenido integrada por los datos, el contexto de los datos, del objetivo del análisis de contenido y por último la validez de los resultados.

Para la elaboración del guión de la entrevistas semiestructurada (Anexo I) seguimos dos ejes. el primero de ellos vinculado con el TS y el segundo con el EA. se organiza en varios bloques que exponemos a continuación:

- El primero de ellos integrado por *variables sociodemográficas*: género, edad, antigüedad en el puesto, experiencia profesional y formación.
- El segundo bloque incluye cuestiones referidas a su *Escenario Percibido* de ejercicio profesional como trabajador/a social, es decir, cómo promueven el envejecimiento óptimo desde su puesto de trabajo. Incluye diferentes dimensiones tales como, objetivos profesionales, funciones desempeñadas, principios que guían las intervenciones, niveles desde los que desempeña su labor profesional, servicios o programas desarrollados que, desde su punto de vista, tienen mayor relevancia
- Un tercer bloque busca definir cuál al *Escenario Ideal* de intervención profesional. Incluye la identificación de cuestiones que se modificarían en el escenario real. Implica propuesta de cambios de objetivos, funciones y servicios y/o prácticas realizadas entre otros. Un aspecto significativo es la descripción de los elementos causales que justifican las diferencias entre ambos escenarios: ideal y percibido.
- El cuarto bloque pide identificar las *necesidades* que perciben como relevantes de este grupo de edad,
- El quinto bloque aborda a través de las *debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades* del TS con personas mayores, así como, los retos que implica el envejecimiento de la población al ejercicio profesional.
- El último bloque aborda directamente el *concepto de EA*, se les insta a que expliquen que entienden por el mismo y por otra parte que reflexionen desde que sistemas o ámbitos se tendría que promover.

De manera previa al desarrollo de la entrevista explicamos los objetivos de esta, así como la utilización de los datos en el marco de la tesis. Se pide permiso a las entrevistadas para la grabación de las mismas y se resuelven las dudas que surgen con relación al proceso. Al finalizar la misma, tras dejar un espacio para que reflejen cualquier cuestión que consideren oportuna vinculada con las cuestiones abordadas, se agradece la participación en la investigación y se hace el cierre de esta.

La selección de las profesionales para el desarrollo de las entrevistas en profundidad la realizamos con diferentes criterios. En primer lugar, nos centramos en el ámbito comunitario, es decir, con profesionales que intervienen con las personas mayores en su medio, por ello, se excluyen

profesionales que desarrollan su labor profesional en centros residenciales⁴⁰. Buscamos la representatividad discursiva e incluimos en la selección trabajadoras sociales de diferentes servicios: Centros de Participación Activa (CPA), servicio de personas mayores del gobierno autonómico de La Rioja, del primer nivel de servicios sociales, del sistema de salud y del tercer sector. Con ello tratamos de incluir a las profesionales que intervienen con las personas mayores a lo largo de su proceso de envejecimiento, con independencia del estado de salud y autonomía de las mismas. Buscamos que pudieran colaborar en mostrarnos la visión global y multidimensional del envejecimiento.

Por otra parte, además de aplicar la variable de tipo de entidad o ámbito profesional, se tuvo en cuenta que estuvieran representados la variedad de municipios de La Rioja. Para ello se contó con profesionales que desempeñan su tarea en medio urbano superior a 10.000 habitantes, semi urbano (2000-10000) y rural inferior a 2.000 habitantes, siguiendo los criterios del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino (2009) que por otra parte son la mayoría de los municipios de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

En el siguiente cuadro se representan los perfiles profesionales.

Cuadro 32: Perfil de las profesionales entrevistadas

Entrevistada	Ámbito	Entorno	Cargo	Edad	Antigüedad
E1 Gestión municipal	SSSS (1º)	Urbano	Coord.	≤50	31
E2 SSC rural	SSSS (1º)	Rural	TS	40-50	18
E3 SSC urbano	SSSS (1º)	Urbano	TS	≤50	29
E4 gestión autonómica	SSSS especializado	Autonómico	TS	40-50	10
E5 SSE semi rural	Específicos: CPA	Rural	Directora	≤50	17
E6 SSE urbano	Específicos: CPA	Urbano	TS	≤50	25
E7 SSE urbano	Específicos: CPA	Urbano	TS	40-50	10
E8 SSE urbano	Específicos CPA	Urbano	TS	40-50	12
E9 SSE urbano	Específicos: CPA	Urbano	TS	>50	28
E10 Salud semi rural	Salud (1º)	Semi rural	TS	40-50	Menos de 1 año
E11 Salud semi rural	Salud (1º)	Semi rural	TS	30-40	Menos de 1 año
E12 SSE urbano	Específicos 3 sector	Urbano	TS	20-30	7

Fuente: Elaboración propia.

⁴⁰ Ello no implica que desde los centros residenciales no se tengan que implementar estrategias de EA, sino que acotamos el objeto de estudio a las personas mayores que viven en su domicilio

Como refleja el cuadro, la mayoría son profesionales de más de diez años de experiencia en la atención a personas mayores, bien en servicios específicos o en servicios sociales de atención primaria. En el caso de las profesionales de salud, a pesar de tener una antigüedad inferior a un año en el puesto, han trabajado durante más de diez años en servicios sociales de primer nivel.

Las entrevistas se desarrollaron entre el 20 de junio de 2019 al 15 de julio de 2019. Todas se realizaron en los lugares de trabajo de las profesionales, en varios casos nos desplazamos a salas de reuniones para una mayor intimidad. Una de las entrevistas tuvo lugar en el domicilio de la entrevistada a petición de la misma. La duración de estas osciló entre 45 minutos a 120 minutos.

Los despachos reunían las condiciones adecuadas para que se pudieran desarrollar sin interrupciones. La trayectoria profesional de la doctoranda en el sector del envejecimiento actuó como agente facilitador para la concertación de las entrevistas a profesionales.

Una vez realizadas las entrevistas procedimos a la transcripción y al análisis con el programa informático N-Vivo. Dicho programa permite entre otras cuestiones mejorar en la codificación de los registros, comparar, establecer categorías y familias, exportar los verbatim. En definitiva, esta herramienta aporta sistematización tal y como se presentará en el capítulo 8. Una vez analizados los discursos y observándose una saturación de los mismos decidimos complementarlos con las opiniones de las personas mayores y de las personas expertas de La Rioja y Navarra.

5.2.1.2. Entrevistas semiestructuradas con personas mayores

La finalidad de las entrevistas era conocer la percepción de las personas mayores sobre los programas de EA y contrastar los discursos de las profesionales. En dichas entrevistas tuvimos en cuenta las siguientes variables: edad, género, estado civil, lugar de residencia, existencia o no de discapacidad y trayectoria participativa.

Cuadro 33: Perfil de las personas mayores entrevistadas

	Edad	Género	Entorno	E. Civil	Participación (mas de 65 años)	Discapacidad/dependencia ⁴¹
PM1	70	H	Urbano	Casado	Si	Si
PM2	80	H	Urbano	Casado	Si	No
PM3	82	M	Rural	Casada	No	No

Fuente: Elaboración propia.

⁴¹ Se valoró la existencia de reconocimiento de grado de dependencia o de discapacidad oficial

Al igual que en las entrevistas con profesionales, para la elaboración del guión de la misma, atendimos a dos ejes. El primero de ellos el vinculado con el TS y el segundo con el EA.

Comenzamos las entrevistas con una presentación y toma de los datos relativos a las variables socio demográficas y a continuación, se estructuran en varios bloques.

El primer bloque aborda la trayectoria participativa tanto a lo largo de su vida como en la actualidad: tipología de entidades, roles desempeñados. Preguntamos sobre los servicios y programas que destacan y la presencia de TS en dichas entidades.

En un segundo bloque identifican su escenario ideal de envejecimiento indicando las causas que explican las diferencias entre el escenario percibido y el utópico.

Un tercer bloque relativo a las personas mayores: necesidades o dificultades; aportación y contribución de estas a la sociedad, cambios percibidos en las mismas,

Un cuarto bloque lo orientamos al concepto de EA, la percepción del mismo y las áreas desde las que habría que promocionar. También se les pregunta sobre los profesionales que, desde su punto de vista, promueven el buen envejecimiento.

Al finalizar las entrevistas, se genera un espacio para que realicen consideraciones, aportaciones, sugerencias relacionadas con las cuestiones abordadas. Se finaliza con el agradecimiento por su participación en la investigación y cierre de la misma.

El lugar de realización de las mismas fue en dos casos en las dependencias de un Centro de Participación Activa y en otro en una vivienda (terraza)⁴². Se accede a los contactos a través de las profesionales de TS de los CPA. Estas entrevistas se desarrollaron en el mes de julio de 2020. La duración de las mismas osciló entre 35 a 45 minutos. Todas ellas se desarrollaron en un clima de cordialidad y respeto.

Una vez realizadas se transcribieron y codificaron, extrayendo, así, los elementos mas relevantes. Se realizó un análisis de contenido de los discursos y la interpretación de los resultados, tal y como

⁴²Con motivo de la alerta sanitaria se pide a los entrevistados que acudan provistos de mascarilla, por otra parte se realizan en espacios al aire libre siguiendo la recomendación de las autoridades sanitarias

se presentará en el capítulo 8. Los discursos de las personas mayores se complementan con los datos y cuestiones planteadas por los y las profesionales y las personas expertas.

5.2.1.3. Entrevistas semiestructuradas a personas expertas

A la vista de los resultados obtenidos optamos por recoger discursos de profesionales expertos y de representantes políticos e institucionales tanto de La Rioja como de la comunidad Foral de Navarra. Para la selección de las personas entrevistadas tomamos como referencia un comunidad con una estrategia de EA vigente para realizar una comparativa de los escenarios existentes. La comunidad seleccionada fue la comunidad Foral de Navarra. En el marco de la estancia de investigación realizada en la Universidad Pública de Navarra, en el periodo septiembre y octubre de 2020, se contactó con cuatro personas expertas con diferentes perfiles profesionales. Dos de ellas personal del servicio de personas mayores de la comunidad Foral de Navarra y las otras dos profesionales vinculadas al ámbito del envejecimiento e investigadoras sociales. En el caso de las personas expertas de La Rioja, se seleccionó a un varón con representación política en materia de personas mayores, a un miembro de la sociedad gerontológica riojana y a una representante del Colegio de TS de La Rioja.

Dichos informantes nos dan información complementaria a las disertaciones de las profesionales de TS y de las personas mayores. Ello permite perfilar propuestas de intervención en materia de envejecimiento. Se realizaron entrevistas semiestructuradas basadas en bloques similares a los abordados con el resto de los informantes clave:

- *Variables sociodemográficas*: género, experiencia profesional y formación.
- *Escenario Percibido* de ejercicio profesional. Servicios y/o programas desarrollados que, desde su punto de vista, tienen mayor relevancia para un mejor envejecimiento.
- Identificación del *Escenario Ideal* para las personas mayores. Identificar líneas estratégicas y metodológicas de políticas sociales de envejecimiento.
- *Necesidades/* dificultades más relevantes de este grupo de edad,
- Situación del *TS con personas mayores*: debilidades, fortalezas, oportunidades, amenazas y retos.

A continuación, presentamos sus perfiles:

Cuadro 34: Relación de personas expertas entrevistadas

Nº	Perfil	Profesión	Comunidad
Experto 1	Política Responsable de servicios y programas	TS	Comunidad Foral de Navarra
Experto 2	Política Responsable de programas.	Psicóloga	Comunidad Foral de Navarra
Experto 3	Directora de proyectos Investigadora social Miembro de Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología	TS	Comunidad Foral de Navarra
Experto 4	TS sistema de salud Investigadora Social	TS	Comunidad Foral de Navarra
Experto 5	Político	TS	La Rioja
Experto 6	Representante de Sociedad Riojana de Geriatria y Gerontología	Psicóloga	La Rioja
Experto 7	Colegio de Trabajadores Sociales de La Rioja	TS	La Rioja

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas a personas expertas se realizaron entre el 1 de octubre y el 3 de noviembre. Alguno de estos encuentros se desarrolló a través de plataformas de videoconferencia.

5.2.2. Análisis de fuentes primarias

En el proceso de investigación cualitativa el foco se encuentran en aprehender y comprender los significados atribuidos por los diferentes actores a través de sus discursos. Implica acercarse a la realidad investigada interpretando la misma. Por consiguiente, y atendiendo al modelo de Maxwell (1996), “el diseño de investigación cualitativo consta de un conjunto de componentes interrelacionados (preguntas de investigación, métodos, contexto conceptual, validez y propósitos) que estructuran interactivamente las decisiones” (Borda *et al.*, 2017, p.15). En esta línea, la retrolimentación entre los componentes se valora como deseable y positivo que posibilita que afloren nuevas cuestiones. Los pasos que se llevaron a cabo fueron los siguientes: En primer lugar, realizamos la *transcripción* de las entrevistas, tanto de las palabras como de los gestos, tono de voz, miradas y acontecimientos acaecidos en el transcurso de las entrevistas, como por ejemplo interrupciones. En la transcripción se intercalan las palabras o discursos de los entrevistados con el resto de los componentes contextuales y comunicativos señalados. El objetivo es obtener un texto ajustado y preciso.

Un segundo paso, consistió en la elaboración de *memos* o ficha de entrevista. Se trata de documentos privados que describen el lugar, la duración, las incidencias y permiten un autoanálisis y mejor desempeño futuro para el entrevistador (Borda *et al.*, 2017). Estas se fueron cumplimentando de manera posterior a la realización de las entrevistas y se anotaban, principalmente, las siguientes cuestiones: datos de identificación del entrevistado, hora de inicio y finalización, lugar de realización, clima de entrevista, preguntas olvidadas, interrupciones, emociones surgidas al entrevistador en el desarrollo de la entrevista y otras cuestiones que pudieran ser relevantes en el desarrollo de la entrevista u otras futuras entrevistas.

El siguiente y tercer paso desarrollado fue la *codificación*. Codificar es el proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran datos para formar una teoría (Strauss & Corbin, 2002). Se desmembran y descomponen los datos en diferentes categorías constuyendo el punto de partida del análisis. Se trata de un proceso de reducción de datos en el que se pasa de lo concreto a lo abstracto (Penalva *et al.*, 2015), de lo datos a las ideas.

La codificación fue un proceso vivo a lo largo del presente trabajo, siendo revisada de manera permanente y reagrupando los diferentes códigos. En esta línea, se hace preciso señalar que un mismo código puede estar presente en los diferentes casos, que un mismo fragmento de entrevista se le pueden asignar diferentes códigos y que la codificación se realiza en diferentes momentos llevando a cabo “rondas de codificación” o codificaciones consecutivas (Penalva *et al.*, 2015; Dabenigno, 2017).

En nuestro análisis hemos trabajado con familias de códigos, entendidas como agrupaciones de códigos que guardan relación entre si. A partir de estas, hemos destacado los códigos mas relevantes así como la existencia de discursos opuestos e incluso perfiles profesionales de intervención.

El resultado del proceso de codificación ha sido la elaboración de 12 familias, cada una integrada subfamilias y por distintos códigos, obteniendo un total de 18 categorías intermedias, que a su vez alcanzan un total de 121 códigos. Todo ello refleja las dimensiones de las códigos estudiados. En el anexo 4 presentamos el libro de códigos de la presente investigación.

Cuadro 35: Resultados de la codificación por familias, códigos finales y número de estos

Familias de Códigos	Códigos finales	Codificaciones realizadas
Escenario. percibido funciones	13	169
Escenario percibido objetivos	21	96
Escenario percibido niveles	3	58
Escenario percibido principios	7	30
E. percibido servicios y programas	7	107
Escenario ideal	3	94
Necesidades de las personas mayores	10	101
Perfiles personas mayores	5	31
Envejecimiento activo	8	91
Ámbitos de promoción	12	55
Análisis DAFO	30	205
Retos	2	37
Total	121	1299

Fuente: Elaboración propia.

El listado definitivo de códigos se obtuvo al saturarse los mismos, es decir, cuando la información obtenida en los discursos ya no aportaba mas información diferenciada a los códigos recogidos.

El cuarto paso es el análisis cualitativo de los datos. En el caso de las entrevistas con profesionales se ha empleado la herramienta informática N-Vivo. Dicho programa permite trabajar de manera integral los códigos, relaciones y los casos. Tal y como apunta Patton (2002) “el desafío central que enfrentamos en la investigación cualitativa es la de extraer el sentido de un gran volumen de datos no estructurados” (p.432). Implica diferenciar lo importante de lo trivial, identificar perfiles y construir un marco explicativo para transmitir la esencia de los datos (Freidin, 2017). En palabras de Corbin “el análisis debería ser relajado, flexible y estar orientado por la comprensión (insight) alcanzada en la interacción con los datos, en lugar de ser estructurado y basado en los procedimientos”(2009, p.41).

De manera operativa hemos analizado las familias de códigos mediante el análisis de discurso, apoyándonos en las codificaciones y en la presencia de términos, que permite obtener resultados

de las cuestiones principales apuntadas por las entrevistadas diferenciando el ámbito profesional y el contexto.

En relación con los códigos, que son fragmentos o fracciones de texto, es decir, unidades de significado con significación propia, hemos establecido un total de 10 categorías principales en las que se incluyen 121 códigos. Los analizamos teniendo en cuenta el número de casos totales y por ámbitos profesionales en los que están presentes dichos códigos. Ponemos en valor el número de codificaciones atribuidas a un código y su porcentaje en el total de la categoría. En esta línea obtenemos un mapa jerárquico, herramienta que nos permite visualizar el peso de la codificación existente en los discursos de una forma gráfica. Proporciona una representación visual de los códigos y categorías identificadas, y permite observar el peso atribuido a cada código por las entrevistadas en sus discursos:

Por otra parte, hemos realizado un acercamiento a través de la herramienta de consultas por términos. Para ello hemos realizado consultas de los términos principales identificados en la categoría correspondiente. Esto nos permite conocer la frecuencia y el peso relativo de dichos términos en los discursos. En cada consulta se identifican las palabras incorporadas en la misma. La consulta arroja resultados por casos y se calcula el porcentaje de referencias respecto al total. Otra técnica empleada es la nube de palabras, mediante la misma, el programa realiza una búsqueda de los términos que aparecen con mayor frecuencia en la categoría o código seleccionado. Posibilita la observación de una ilustración que presenta los conceptos con mayor presencia en los discursos

Los resultados de las mismas se complementaron con los discursos de las personas expertas y de las personas mayores. Ello nos permitió obtener una visión de conjunto y elaborar propuestas de intervención para la promoción del EA desde el TS. En línea con lo anterior, en el capítulo en el que se presentan los resultados de este análisis, tal y como señalan Penalva, *et al* (2005) “se van intercalando, por tanto, las evidencias empíricas en forma de citas –a través de las cuales se proporciona la evidencia del descubrimiento–, hasta construir toda la estructura teórica” (p.19). Siendo la flexibilidad una característica fundamental de los diseños cualitativos (Penalva *et al.*, 2015).

5.2.3. Fuentes secundarias

Tal y como señalan Caparrós y Carbonero (2015) “las fuentes secundarias son fuentes basadas en fuentes primarias e implican generalización, análisis, síntesis, interpretación o evaluación. Son informaciones que ya han sido elaboradas previamente por otras personas o instituciones y que remiten a documentos primarios” (p.32).

Las mismas presentan dos utilidades básicas; la primera, la revisión de la literatura existente y, la segunda, acceder a datos estadísticos o científicos que posibiliten contextualizar la realidad (Caparrós & Carbonero, 2015). Siguiendo a los autores, en el presente trabajo, hemos utilizado el análisis de fuentes secundarias para ambas cuestiones. En primer lugar, para elaborar el marco teórico que vincula el EA y TS y, ambos conceptos de manera independiente. Y en segundo lugar, para la revisión de los planes y estrategias gerontológicos y/o de personas mayores. En el siguiente epígrafe abordamos ambas cuestiones.

5.2.3.1. Estudio de la bibliografía especializada

Para acercarnos al objeto de estudio hemos realizado una revisión bibliográfica acerca de la literatura e investigaciones existentes que vinculan ambos conceptos. Con la finalidad de tener una perspectiva amplia de los modelos existentes de envejecimiento, la evolución del concepto de EA y su relación con el TS, la conceptualización en la literatura científica de los mismos, el abordaje de los espacios profesionales, los niveles de intervención y las prácticas desempeñadas, entre otras cuestiones. Esta revisión sistemática de la bibliografía especializada vinculada a ambos conceptos supuso el punto de partida de la investigación y permitió la posterior elaboración del trabajo de campo.

Realizamos una búsqueda de bibliografía que vinculada al objeto de estudio. Siendo conscientes de la amplitud de cada uno de los constructos, se unió en la búsqueda ambos términos: EA y TS. La amplitud de cada uno de estos conceptos dificultaba una búsqueda aislada de los mismos. Sin embargo, posteriormente se realizaron búsquedas más orientadas y precisas de forma aislada.

La primera búsqueda la realizamos en la base de datos EDS (Ebsco Discovery). Tras la orientación del servicio colaborativo de la Biblioteca de la Universidad de La Rioja decidimos realizar la primera búsqueda utilizando esta macro base de datos. Considerada como una base de datos que

integra diferentes contenidos de las bibliotecas académicas. Permite realizar en una sola búsqueda una visualización rápida de las referencias erróneas y duplicadas.

La búsqueda principal se realiza en julio de 2017. En ella se introducen los siguientes campos en castellano y en inglés: EA, TS, “envejecimient* activ*” and “social work”. De manera que accediésemos a las referencias bibliográficas que vinculasen los dos constructos principales de la investigación. Por otra parte, los criterios de inclusión y exclusión que se aplicaron en la búsqueda fueron los siguientes. Documentos posteriores al año 2000; exclusión de publicaciones basadas exclusivamente en cuestiones biológicas y sanitarias; selección de aquellos escritos en español, inglés y francés, y delimitación al ámbito europeo, aunque en algún caso se incorporaron por su relevancia artículos de otro ámbito territorial asiático o americano.

De manera complementaria en agosto del mismo año realizamos la búsqueda en la base de datos TESEO con el campo “EA y TS” no encontrando ningún registro, por lo que la búsqueda se limita a “EA”. De la misma se obtienen 13 registros de tesis. El hecho de que no exista una tesis que relacione directamente ambos conceptos nos aporta una información relevante de la carencia de estudios que profundicen en la relación entre ambas cuestiones.

Para la depuración y selección de las referencias bibliográficas seguimos los siguientes pasos:

- Eliminación de referencias duplicadas
- Lectura del título y resumen del mismo
- Lectura completa del texto
- Selección de aquellos documentos que aportaban información relevante al objeto de la investigación.

Es decir, de los resultados de la primera búsqueda fuimos acotando las referencias encontradas llegando a documentos más pertinentes y relacionados con el objeto de esta. Así finalmente, consideramos como válidas para nuestra investigación 82 referencias bibliográficas. Entendiendo como válidos aquellos documentos que relacionan el TS y el EA. Como reflejamos en el siguiente cuadro la mayoría de ellos son artículos, aunque también se pueden encontrar tesis, actas de congresos y trabajos de fin de grado:

Tabla 2: Referencias bibliográficas seleccionadas

Tipo de documento	Número
Tesis	10
Artículos de revista	51
Libros	10
Trabajos fin de grado y fin de máster	5
Actas y póster congresos	6
Total	82

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que la mayor producción de estos tiene lugar entre los años 2012–2015, pudiendo deberse a la proclamación del año 2012 como Año del EA y Solidaridad Intergeneracional.

Una vez seleccionados y leídos los documentos se identificaron áreas, agrupándolas en diferentes descriptores que se exponen a continuación y son: conceptualización de EA y/o de TS, niveles de intervención, sistemas de protección, EA y participación, entre otros. Estos se presentarán de manera detallada en el capítulo de resultados.

5.2.3.2. Revisión de estrategias y planes de Envejecimiento Activo nacional y autonómico

Realizamos búsquedas a través de los buscadores habituales de internet y de los buscadores establecidos en las páginas web de las Comunidades. Para la realización de dichas búsquedas introdujimos los siguientes términos: “plan gerontológico”, “plan de mayores”, “plan de Envejecimiento Activo” y a continuación el nombre de la Comunidad. En diferentes ocasiones estas búsquedas no arrojaban resultados por lo que se accedía a través de la correspondiente web de “servicios sociales”. Tras una primera búsqueda y análisis en el segundo trimestre de 2017⁴³, posteriormente en el tercer trimestre de 2020 realizamos una actualización de dicha búsqueda y de sus resultados

Una vez identificadas las estrategias y planes tanto nacionales como autonómicos dirigidos a promover el EA de personas mayores desarrollamos varias acciones. La primera relacionada con la elaboración de un diagnóstico de consolidación de las políticas de EA a través de la técnica del

⁴³ Los resultados de este trabajo de campo se presentaron en el Congreso organizado por el Consejo General de TS: “Comunidades Sostenibles: dilemas y retos desde el TS” (2016)

semáforo, categorizando las diferentes Comunidades Autónomas en colores en función de la existencia o no de planes:

- Verde: Existencia de planes específicos de EA, inclusión del término en la denominación del mismo.
- Amarillo: Ausencia de planes de EA, aunque existen planes dirigidos a personas mayores que incorporan el EA como un elemento clave.
- Rojo: Carencia de planes de EA, ni de envejecimiento que incorporen el EA como un elemento clave en el desarrollo de los mismos.

La segunda acción desarrollada consiste en un análisis comparativo en el que establecíamos semejanzas y diferencias de los planes de EA autonómicos y del Libro Blanco sobre EA. Identificamos líneas de acción comunes y diferenciadas, así como vacíos existentes en los diferentes planes.

Por último, en los planes efectuamos un análisis de contenido para observar la presencia o ausencia de los profesionales de TS en los mismos.

Consideramos adecuado realizar varias apreciaciones. En primer lugar, que hemos tomado como referencia la existencia o no de planes de EA como indicador de consolidación de una política en materia de envejecimiento. En algún caso no existen planes, se encuentran desfasados o los mismos no están accesibles en la web. Por ello consideramos que se produciría una carencia en la información a la ciudadanía⁴⁴.

⁴⁴ En base a los principios de buena gobernanza, de transparencia y de rendición de cuentas de los servicios públicos.

CAPÍTULO 6.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE TRABAJO SOCIAL

Uno de los objetivos del presente trabajo es analizar la vinculación entre el EA y TS. Se considera relevante, profundizar en cómo la academia los relaciona. Para ello, hemos realizado una revisión bibliográfica acerca de la literatura que los vincula y dicho análisis supone el punto de partida. De manera previa a dicho análisis, consideramos preciso destacar unas cuestiones generales.

En primer lugar, en la presentación de resultados hay que destacar que los autores señalan el gran reto que supone para el TS el abordaje del envejecimiento de la población de una manera positiva y que ello implica la percepción de una oportunidad tanto para la sociedad, como para la población mayor (Marshall & Altpeter., 2005; Amy, 2006; Tiernes, 2011; Cordero del Castillo, 2012; Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Bellido, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Barbosa *et al.*, 2015; Foster & Walker, 2015; Moral, 2017; Ponce de León & Andrés, 2017). En esta línea, las referencias bibliográficas analizadas presentan un escenario de una sociedad con una tasa alta de envejecimiento, con una esperanza de vida que continúa incrementándose y finalmente con la tasa de natalidad más baja de la historia. Por todo ello, los autores plantean la necesidad de incorporar paradigmas positivos de envejecimiento que actúen como principios inspiradores en las diversas políticas sociales. Asimismo, reivindican políticas sociales que atiendan las necesidades y desafíos emergentes y que vayan más allá de la tutela y la atención de la persona mayor en clave de vulnerabilidad.

En segundo lugar, de manera complementaria los autores reclaman el reconocimiento de la heterogeneidad del colectivo de personas mayores (Bosch *et al.*, 2009; Anaut-Bravo & Caparrós, 2010; M. Hernández, 1999, 2000; Cordero del Castillo, 2012; Ludi, 2012; Bellido, 2013; Min, 2013; Casado, 2014; Pozo, 2014; Foster & Boxall, 2015; São José, Timonen *et al.*, 2017; Marsillas, 2016). Ello implica superar la consideración uniforme y homogénea de este grupo de edad y entenderlo como una suma de personas diferentes con circunstancias físicas, psicológicas y

sociales diversas. Es decir, conlleva reconocer la variedad de características de salud, del ámbito laboral, de ocio y tiempo libre y de la vivienda entre otras; y la vivencia del proceso de envejecimiento de una manera individualizada. Esta cuestión aparece con gran peso en los discursos analizados. En esta línea São José *et al.*, (2017) propone estrategias diferenciadoras e individualizadas que dejen atrás y permitan superar en concepto de “*one size fitst alls*”, es decir “talla única”. Esto implicaría la superación de estrategias uniformes, que establecen las mismas acciones de envejecimiento para todo el colectivo de personas mayores.

En tercer lugar, los autores defienden la existencia de muchas maneras de envejecer de forma activa, saludable, exitosa y adecuada, reconociendo que no existe un único camino para ello, más allá de los “*active agers*”, es decir, aquellas personas mayores activas, que actuarían como modelos a imitar. En concreto, según São José *et al.* (2017) seguir un único estilo de envejecimiento implicaría un incremento de las desigualdades y generaría dos clases de ciudadanos: aquellos que participan y son activos y exitosos, y aquellas personas mayores pasivas, que no participan y, por ende, serían las no exitosos.

Una vez seleccionados y leídos los documentos, identificamos las áreas principales, agrupándolas del siguiente modo:

- ✓ Vinculación EA y TS
- ✓ Objetivos del EA desde el TS
- ✓ Funciones del TS con relación al EA
- ✓ Principios del EA
- ✓ Niveles de atención
- ✓ EA y sistemas de protección
- ✓ EA y prácticas participativas
- ✓ Orientaciones y retos para promover el EA desde el TS

Así, en los siguientes epígrafes desarrollaremos los mismos destacando los hallazgos principales atendiendo a los diferentes aspectos.

6.1. VINCULACIÓN ENTRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y TRABAJO SOCIAL

Para abordar las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento, las diferentes ciencias han ido dando respuesta a las necesidades derivadas del mismo. En esta línea, el reto demográfico, la promoción de un envejecimiento saludable y la atención a la dependencia entre otros han sido objeto de intervención de las diferentes disciplinas. Profesiones como la medicina, la psicología, la terapia ocupacional y la enfermería, entre otras, han articulado mecanismos para favorecer la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y promover un envejecimiento saludable y activo. En muchas ocasiones, estas acciones se han realizado de forma parcial abordando algunas necesidades de las personas mayores. Sin embargo, el TS cuenta con una fortaleza, se trata de su dimensión holística, no parcelar las situaciones y considerar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales (Ludi, 2012; Ponce de León *et al.*, 2015; Healy, 2005). Así, cuestiones relacionadas con la persona, con su grupo familiar y de una manera más amplia con su entorno, son tenidas en cuenta por los profesionales del TS en el desarrollo de su acción profesional. Dicho de otro modo, es necesario el abordaje integral de esta disciplina para el diseño e implementación de políticas que promuevan el EA, ya que estos precisan de enfoques multidimensionales y sistémicos. Este concepto (OMS, 2002) es un elemento muy amplio y conformado por factores sociales, personales, económicos, de sanidad y servicios sociales, conductuales, de género y culturales. Requiere una superación de formas parciales y dimensionales de envejecimiento, con un enfoque integral, multidimensional y multiagente (Marsillas, 2016). Ello refuerza la hipótesis de que el perfil profesional de los y las trabajadores sociales es adecuado para el abordaje del EA en sus múltiples variables.

El análisis bibliográfico permite observar el vínculo existente entre ambas cuestiones, tanto implícita como explícitamente. Muestra de ello, son unos objetivos acordes con las dimensiones del concepto de EA, unos principios de intervención alineados e incluso una metodología de acción propuesta con factores comunes. En esta línea, varios autores apuntan al TS como una disciplina clave para la promoción del envejecimiento óptimo (Amy, 2006; Tiernes, 2011; G. García, 2012; Ludi, 2012; Martín, 2012; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Barbosa *et al.*, 2015; Ponce de León *et al.* 2015). Los autores reconocen la diversidad de fortalezas que tiene esta profesión y que se reflejan entre otros temas, en la variedad de roles y tareas que

posibilitan la compatibilidad del mismo para el abordaje de las necesidades de las personas mayores. En esta línea, podemos afirmar en palabras de Min (2013) que:

Social workers equipped with many abilities and resources can provide older adults at risk with the opportunities for participation and activities. This way, older adults can be protected from any ill-consequences of the economic crisis and health inequalities. Therefore, social workers with necessary training and abilities are perfectly positioned to make a difference for older adults at risk. It is a great time that social workers in Spain step up and lead their efforts to become a critical link for the vulnerable seniors.⁴⁵(p.85)

Así, el autor destaca el perfil profesional de los profesionales del TS para intervenir disminuyendo las desigualdades de las personas mayores, entendiendo que estos disponen de las habilidades y competencias necesarias para un adecuado desempeño. En esta línea, la literatura, también apunta al trabajador/a social como profesional de referencia en el EA (Fernández-García & Ponce de León, 2013). En la bibliografía aparece de manera reiterada la preocupación por la existencia de factores de vulnerabilidad que, añadidos a la edad, actuarían como factores de riesgo y vulnerabilidad social. Cuestiones tales como, la falta de autonomía, el aislamiento social y la carencia de recursos económicos entre otros ponen en valor la necesidad de que estos profesionales trabajen en la promoción de la inclusión social y faciliten el acceso y la participación de las personas mayores en diversos espacios sociales, educativos y culturales (Ludi, 2012; Min, 2013; Casado, 2014; Malagón-Siria, 2017).

Otra cuestión destacable se deriva de que el TS sitúa su foco de acción en las personas, grupos y/o comunidades. Esta disciplina teórico-práctica busca mejorar su calidad de vida y posibilita la promoción de las potencialidades a la vez que favorece la participación de estos en cada una de sus esferas vitales. Pone la mirada en todas las personas, y de forma especial, en aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o dificultad y actuando como garante de los derechos humanos (FITS, 2014). Dicho de otra manera, esta disciplina interviene con la persona en su contexto. Busca el cambio en el individuo y en la sociedad de la que forma parte. “El TS es una

⁴⁵Los trabajadores sociales equipados con muchas habilidades y recursos, pueden proporcionar a los adultos mayores en riesgo las oportunidades de participación y actividades. De esta manera, los adultos mayores pueden ser protegidos de las consecuencias negativas de la crisis económica y las desigualdades de salud. Por lo tanto, los trabajadores sociales con la capacitación y las habilidades necesarias están perfectamente posicionados para marcar una diferencia para los adultos mayores en riesgo. Es un buen momento para que los trabajadores sociales en España intensifiquen y lideren sus esfuerzos para convertirse en un enlace crítico para las personas mayores vulnerables. (Min, 2013,p.85)(Traducción propia)

profesión cuyo propósito es llevar a cabo cambios sociales en la sociedad en general y en sus formas individuales de desarrollo” (FITS, 1982). Aplicado a la intervención con personas mayores, tiene como propósito generar la respuesta en la sociedad para tratar de abordar las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento. Por ello, las intervenciones sociales desarrolladas han de tender a promover el cambio de las personas, posibilitar su participación y mejorar la calidad de vida de los mismos. Así, en el siguiente epígrafe, abordaremos como las dimensiones y los determinantes del EA se reflejan en los objetivos profesionales.

6.2. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL

Para conocer la relación teórica entre TS y EA vamos a tomar en consideración los factores determinantes del mismo (OMS, 2002). Estos factores, expuestos en el capítulo 3 y 4, se van a relacionar con los objetivos y líneas de intervención apuntadas en la bibliografía consultada, para ello tomaremos en consideración las metas profesionales apuntadas por diferentes autores para cada uno de los determinantes.

Las referencias a los objetivos, en unos casos tienen un carácter generalista y así los autores presentan elementos susceptibles de constituir metas de las intervenciones profesionales, tales como incrementar la calidad de vida, promover la dignidad, la autonomía personal, la inclusión social y la participación de las personas mayores (Salmerón, 2012; Amy, 2006; Barbosa *et al.*, 2015; P. García, 2015; Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016). En los textos también se señala que las intervenciones profesionales del TS han de atender las necesidades de diversa índole derivadas del proceso de envejecimiento superando un concepto de intervención relacionado únicamente con ocio y tiempo libre (Amy, 2006; Salmerón, 2012). A modo de ejemplo, Min (2013) recoge, de forma explícita y directa, la vinculación entre ambos elementos, basándose en la multidimensionalidad de los mismos: “The recommendations in an area of aging were made in the following four areas; social support and participation, economic security, social services and dependent care, and prevention of dependency and restoration of lost function”⁴⁶(p.84).

⁴⁶Las recomendaciones en un área de envejecimiento se realizaron en las cuatro áreas siguientes; apoyo social y la participación, la seguridad económica, los servicios sociales y la atención dependiente, y la prevención de la dependencia y la restauración de la función perdida(Min, 2013,p.84)(Traducción propia)

Según se desprende de esta afirmación, la multidimensionalidad de las áreas en las que desarrolla su tarea profesional el TS se corresponde con las dimensiones del EA apuntadas por la OMS, (2002): apoyo social, participación, seguridad social, servicios sociales, atención a la dependencia, promoción de la autonomía. Dichas variables, constituyen elementos clave de las áreas de intervención de la disciplina del TS en el ámbito de su desempeño profesional (Filardo, 2011).

Del estudio de la bibliografía se identifica una presencia alta en los textos del objetivo de mejorar la calidad de vida de individuos, grupos y de comunidades. El mismo no se encuentra vinculado a un determinante concreto, sino que se establece con carácter general. Así los autores, entienden que los profesionales han de tener en su horizonte cuestiones como promover la calidad de vida y la dignidad de los mayores (Amy, 2006; Tiernes, 2011; Ludi, 2012; Redondo *et al.*, 2012; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Barbosa *et al.*, 2015). En esta línea, Barbosa *et al.*, (2015) citan a Barriga (2010) quien establece como objetivo disminuir los prejuicios y estereotipos asociados a personas mayores y promover actitudes positivas hacia los mismos como uno de los mecanismos para mejorar el bienestar de las personas mayores.

A continuación, se abordan los objetivos profesionales vinculándolos con los determinantes correspondientes: entorno social, personales, conductuales, económicos, sanidad y servicios sociales, género y cultura.

6.2.1. Objetivos del Trabajo Social relacionados con determinantes del entorno social

Los factores vinculados con el entorno social tienen un gran peso para los profesionales del TS; así se refleja en la bibliografía consultada. El mismo está integrado por variables como educación, alfabetización, derechos humanos, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso (OMS, 2002). En el siguiente cuadro se presentan los objetivos principales reconocidos por los correspondientes autores:

Cuadro 36: Vinculación de los determinantes del entorno social y objetivos profesionales

Objetivo	Autores
Fomentar una perspectiva de derechos diferenciada de la de tutela	Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Moral, 2017
Promover la inclusión social	Ludi, 2012; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Cuesta, 2020
Mejorar las relaciones familiares y sociales de las personas mayores	Ludi, 2012; Ponce de León <i>et al.</i> , 2015
Promover el aprendizaje a lo largo de la vida	Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Aparicio, 2013; Ponce de León <i>et al.</i> , 2015; Cuesta, 2020

Fuente: Elaboración propia.

La atención a las personas mayores se ha abordado con frecuencia, atendiendo a la especial protección en base a la vulnerabilidad de estos, derivada de sus déficits y limitaciones. Sin embargo, autores como Ludi (2012), Moral (2017) y Salmerón (2012) establecen como objetivo promover una perspectiva de derechos diferenciada que vaya más allá de la específica de tutela, poniendo el acento en la garantía de derechos. En concreto, Ludi (2012) apunta que los profesionales del TS han de trabajar promoviendo los derechos de las personas frente a un proteccionismo de los diversos sistemas. Este planteamiento implica el reconocimiento de la persona mayor como sujeto de derechos y no sólo como objeto de protección derivada de una supuesta inferioridad de condiciones. Implica considerar las oportunidades y fortalezas más allá de los déficits y limitaciones. Esto supone repensar a la persona mayor como agente activo y productivo social y emocionalmente. Este paradigma de la persona mayor como agente participativo y activo se refleja en aquellas actuaciones que desarrollan acciones de voluntariado; que atienden a otras personas en situación de dependencia, sean personas mayores o no; que colaboran en acciones intergeneracionales; que desempeñan labores de cuidado que posibilitan la conciliación laboral y familiar. Todas ellas constituyen realidades en muchos casos ignoradas e invisibilizadas que es preciso dimensionar y poner en valor para contribuir a eliminar los estereotipos negativos existentes en torno a las personas de edad avanzada y reforzar al mismo tiempo el paradigma positivo de envejecimiento.

Un segundo objetivo se relaciona con promover la inclusión social. Se concreta en enunciados, como por ejemplo, impulsar programas de lucha contra la exclusión social (Ludi, 2012; Barbosa *et al.*, 2015). La inclusión social entendida como la plena participación de la persona en las estructuras participativas y de poder, constituye un aspecto clave a ser considerado. Por ello, desde el punto de vista de los autores, los profesionales del TS han de orientar sus esfuerzos a que las

personas mayores participen, decidan, intervengan en las diferentes estructuras sociales y no sólo en aquellas dirigidas exclusivamente a personas mayores, que en muchos casos les aísla y refuerza el edadismo social. En ocasiones, aparece formulado como objetivo operativo al vincularlo a la planificación y a la evaluación. De tal modo plantean desarrollar políticas públicas y proyectos inclusivos de las personas mayores en la sociedad promoviendo el EA (Ludi, 2012; Barbosa *et al.*, 2015). En esta línea, junto con el desarrollo de los programas se deben desplegar estrategias de evaluación de las políticas públicas con el fin de evaluarlas y conocer si son eficaces para conseguir un EA real de la población (Barriga, 2010, citado en Barbosa *et al.*, 2015).

Mejorar las relaciones familiares y sociales de las personas mayores es otro de los objetivos de los profesionales del TS que está relacionado con el apoyo social. Así Ludi (2012) y Ponce de León *et al.* (2015), proponen explícitamente que los y las profesionales del TS establezcan objetivos relacionados con la mejora relacional desde un nivel familiar y social. Esto influye directamente en la prevención de la soledad no deseada, ya que cuanto más sólida y estable es la red familiar y social de una persona mayor, menor es la soledad percibida por la misma. Iniciativas como Siempre Acompañados impulsada por Fundación la Caixa promueve la intervención social con personas mayores que sienten soledad no buscada con el objetivo de reducir esta y favorecer el establecimiento de relaciones familiares y sociales satisfactorias.

Por último, relacionado con la cultura y alfabetización, diversos autores señalan la importancia de promover el aprendizaje a lo largo de la vida; y destacan el carácter preventivo del desarrollo de acciones formativas (Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Aparicio, 2013; Ponce de León *et al.*, 2015). Al abordar los recursos sociales para promover el EA anotan los cursos formativos, de alfabetización, las universidades para mayores y los programas de estimulación cognitiva, como espacios a desarrollar, por parte de los profesionales del TS, en la promoción del EA (Ponce de León *et al.*, 2015).

6.2.2. Objetivos del Trabajo Social relacionados con determinantes de sanidad y servicios sociales

Otro determinante del EA lo constituye el relacionado con sanidad y servicios sociales. Este es significativo para el TS y evidencia de ello, es la diversidad de objetivos y metas profesionales

relacionadas con el mismo. En el siguiente cuadro se apuntan los que se encuadrarían en esta categoría:

Cuadro 37: Vinculación de los determinantes *salud y servicios sociales* y objetivos profesionales

Objetivo	Autores
Promover la atención psicosocial y el asesoramiento social	Tiernes, 2011; Min, 2013; Amy, 2006; Redondo <i>et al.</i> , 2006; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013
Incrementar los factores de protección y disminuir los de riesgo	Marshall & Altpeter., 2005; Ludi, 2012; Min, 2013
Enlazar de las necesidades sociales con los recursos existentes	Amy, 2006; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León <i>et al.</i> , 2015; Ponce de León & Andrés, 2017

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los objetivos que aparece con frecuencia en los textos se relaciona con promover la atención psicosocial y el asesoramiento social (Amy, 2006; Tiernes, 2011; Fernández-García & Ponce de León, 2013). Así, la relación de ayuda se constituye como un elemento clave que va a potenciar el empoderamiento y desarrollo de las personas mayores.

Los trabajadores sociales no solamente gestionan los recursos para atender la demanda, sino que también pueden complementar esta función (principalmente burocrática) con una intervención más existencialista y fenomenológica, orientando los proyectos vitales a la búsqueda de acontecimientos agradables y beneficiosos para afrontar esta etapa con ilusión, actividad, dinamismo y entusiasmo”. (Fernández-García & Ponce de León 2013, p. 95)

El profesional del TS, al igual que otros profesionales, tiene su mirada puesta en los factores de riesgo y vulnerabilidad de las personas, por consiguiente, realiza intervenciones para atender socialmente a personas mayores vulnerables. En esta línea, incrementar los factores de protección y disminuir los de riesgo, tales como pobreza, discapacidad, género, entre otros, constituirían objetivos profesionales de dicha categoría (Marshall & Altpeter, 2005; Ludi, 2012; Min, 2013).

Vinculado al objetivo anterior, diferentes autores plantean el objetivo de enlazar las necesidades sociales con los recursos existentes (Amy, 2006; MacDonald, 2010 citado en Ponce de León *et al.*, 2015; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León *et al.*, 2015, Ponce de León & Andrés, 2017). Apuntan que los profesionales han de ser capaces de realizar valoraciones de las necesidades sociales, sanitarias, personales y educativas de las personas mayores y sus familias; así como, de estar informados sobre los diferentes recursos existentes en este ámbito tales como residencias, centros de día, centros de participación y programas de voluntariado entre otros. Al

tomar como referencia las necesidades de cada persona y/o grupo tratará de enlazar, y dar respuesta a las mismas a través de la asignación de recursos.

En definitiva, emergen diferentes metas profesionales relacionadas con los recursos sociales tales como promoverlos, movilizarlos, alinear necesidades y recursos sociales. Este profesional, al estar en contacto con las necesidades sociales de los individuos, grupos y/o comunidades tiene capacidad para realizar el ajuste oportuno entre los mismos. Como apuntan Ponce de León *et al.*, (2015) cuando citan a McDonald:

The social worker should seek efficient ways to enrich older people's social environment, thereby encouraging them to use their memory: for example, by helping them improve relationships with their families and friends, encouraging them to participate in social activities centers (cultural lectures, guided tours, hiking, dancing, and so on), proposing new challenges (for example, enrolling in university courses), and describing available resources (such as domiciliary services, assistive technology, day services, residential service, and volunteering"⁴⁷.(Citado en Ponce de León *et al.*, 2015, p.187)

Así, resulta de interés que las personas mayores puedan acceder fácilmente a los profesionales de TS y que estos puedan desempeñar funciones de apoyo psicosocial, orientación, información entre otras, en pro de la mejora de la calidad de vida de los mismos.

6.2.3. Objetivos del Trabajo Social relacionados con determinantes económicos

En cuanto a los factores económicos, en el siguiente cuadro apuntamos objetivos relacionados con los ingresos, el trabajo o la protección social (OMS, 2002).

Cuadro 38: Vinculación de los determinantes *económicos* y objetivos profesionales

Objetivo	Autores
Garantizar la seguridad económica y minimizar las situaciones de pobreza	Ludi, 2012; Min, 2013
Promover que las personas mayores con independencia de su presencia en el mercado de trabajo puedan contribuir activamente	Amy, 2006; Ludi, 2012; Min, 2013; Foster & Walker, 2015

Fuente: Elaboración propia.

⁴⁷El trabajador social debería buscar maneras eficientes de enriquecer el entorno social de las personas mayores, alentándolos a utilizar su memoria: por ejemplo, ayudándoles a mejorar las relaciones con sus familias y amigos, alentándolos a participar en centros de actividades sociales (conferencias culturales, visitas guiadas, caminatas, bailes, etc.), proponiendo nuevos retos (por ejemplo, matricularse en cursos universitarios) y describiendo los recursos disponibles (como servicios domiciliarios, asistencia tecnología, servicios diurnos, servicio residencial y voluntariado)(Citado en Ponce De León *et al.* 2015, p.187, traducción propia)

Principalmente, se identifican objetivos como garantizar la seguridad económica y minimizar las situaciones de pobreza. En esta línea, autores como Ludi (2012) y Min (2013) plantean la cobertura de las necesidades básicas, incluyendo la seguridad económica con la gestión de recursos oportunos, como una meta profesional. Otro objetivo que aparece en la literatura busca promover que las personas mayores con independencia de su presencia en el mercado de trabajo puedan contribuir activamente con sus familias y en la comunidad (Amy, 2006; Ludi, 2012; Min, 2013; Foster & Walker, 2015). Es decir, que no se limite la contribución al tiempo de desempeño activo de la actividad laboral.

6.2.4. Objetivos del Trabajo Social relacionados con factores del entorno físico

Otra de las dimensiones abordadas se corresponde con el entorno físico. Se trata de cuestiones relacionadas con ámbito rural, urbano y vivienda. (OMS, 2002). Los autores consideran que el profesional del TS ha de promover ciudades amigables que favorezcan el envejecimiento de las personas mayores en su entorno (Marshall & Altpeter, 2005; Bosch *et al.*, 2009; Malagón-Siria, 2017). Este objetivo incluye aspectos como la mejora de las condiciones de accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas tanto en la vivienda como en el entorno.

6.2.5. Objetivos del Trabajo Social relacionados con factores personales y conductuales

Otros de los determinantes que forman parte del concepto de EA son los Factores Personales y Conductuales. Los primeros, hacen referencia a la biología, a la genética y a la capacidad de adaptación de la persona y los segundos son los conductuales. Estos abordan el autocuidado y los estilos de vida saludables (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001; OMS, 2002). Así, potenciar las capacidades de los usuarios, es uno de los objetivos profesionales de estas áreas para que puedan desarrollar hábitos saludables tales como realizar actividad física, alimentación sana, entre otras. Por otro lado, surgen metas profesionales de promoción de espacios e intervenciones que permitan desarrollar acciones formativas con esta finalidad (Ludi, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013).

6.2.6. Objetivos del Trabajo Social relacionados con género y cultura

El género y la cultura son considerados por la OMS (2002) determinantes transversales que influyen directamente en el resto de los determinantes. Por un lado, el género modifica la manera de envejecer ya que implica un acceso desigual a recursos económicos, al trabajo y a servicios; siendo las mujeres, un grupo especialmente vulnerable. Por otra parte, las políticas y programas que se implanten deben respetar las culturas y creencias del lugar donde se instaure y promover la igualdad de género (Marina & Jonás, 2012; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Nieto, 2014). Tal y como recoge Salmerón (2012) las mujeres son más proclives a sufrir pobreza, discapacidad y enfermedad; y son más en mayor medida, usuarias de los sistemas de servicios sociales y sanitarios.

La cultura, los valores y las tradiciones influyen tanto, en la visión que se tiene de las personas mayores, como en los procesos de envejecimiento (Bosch *et al.*, 2009; Nieto, 2014). Los objetivos han de respetar las culturas y creencias del lugar donde se interviene. En esta línea, los autores remarcan la importancia de estudiar e investigar el contexto físico y cultural (Bosch *et al.*, 2009; Ahmed, 2013; Bellido, 2013).

6.2.7. Otras cuestiones relativas a los determinantes

Como observamos, existe una relación explícita entre los determinantes del EA y los objetivos de los y las profesionales de TS. Así, en las diferentes áreas, en mayor o menor medida, se identifican objetivos de intervención profesional. Ello está en línea con la hipótesis de que el TS, como disciplina holística y multidimensional, es clave para la promoción del EA.

Una vez abordados los objetivos, en el siguiente epígrafe, vamos a presentar las funciones y tareas a partir de los cuales dichos objetivos se transforman en realidad.

6.3. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL VINCULADAS AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A nivel general las funciones que desarrollan los y las profesionales de TS, que promueven un buen envejecimiento, son las mismas que las desempeñadas en otros ámbitos profesionales. Dichas funciones generales se abordaron en el capítulo 4 destacando la diversidad de estas.

Tras el estudio de la bibliografía, observamos que las referencias estudiadas recogen con diferente peso las funciones propias de los profesionales de TS y su vinculación con la promoción del EA. Para posibilitar el análisis de estas vamos a relacionar los textos con el Estatuto de la Profesión (2001) y con el Libro Blanco: Título de Grado en TS (ANECA, 2004). Por un lado, identificaremos las funciones y por otro, describiremos el contexto en el que se presentan.

Una primera reflexión parte de la consideración de la diversidad de roles y funciones desempeñados por los profesionales de esta disciplina, así en palabras de Min (2013):

Especially, social workers can play an important role in assisting older adults with achieving active aging, there by reducing the adverse impact of economic crisis and health inequalities. Social workers have been trained to serve multiple roles such as brokers, advocates, case managers, educators, counselors, and facilitators. Under the current circumstances, social workers are increasingly called upon to proactively link older adults to appropriate community resources, engage themselves with older adults who are vulnerable or marginalized due to challenging socioeconomic conditions, inform and teach them of the necessary resources, and coach them to develop important skills.⁴⁸(p.84)

Sin perder de vista esta variedad y diversidad, vamos a identificar aquellas funciones con mayor presencia en los textos tales como la prevención, apoyo psicosocial y la de promoción. Todas ellas son cuestiones relacionadas, principalmente, con la intervención directa del profesional con el usuario. En el siguiente cuadro apuntamos dichas funciones así como los objetivos a los que responden:

⁴⁸Especialmente, los trabajadores sociales pueden desempeñar un papel importante en ayudar a los adultos mayores a lograr el EA, reduciendo así el impacto adverso de la crisis económica y las desigualdades sanitarias. Los trabajadores sociales han recibido capacitación para desempeñar múltiples funciones, como corredores, defensores, gerentes de casos, educadores, consejeros y facilitadores. En las circunstancias actuales, los trabajadores sociales están cada vez más llamados a vincular proactivamente a los adultos mayores con los recursos comunitarios apropiados, comprometerse con adultos mayores que son vulnerables o marginados debido a un desafío socioeconómico condiciones, informarles y enseñarles de las fuentes necesarias, y capacitarlos para desarrollar habilidades importantes. (Min, 2013, p.84) Traducción propia

Estudio del Envejecimiento Activo desde la perspectiva del Trabajo Social

Cuadro 39: Funciones del TS y vinculación con el EA

Función	Objetivos a los que responden	Autores
Preventiva	Sensibilizar a la sociedad y generar actitudes positivas ante el envejecimiento Modificar estereotipos negativos. Prevenir situaciones de dependencia Recuperar/mantener funciones.	Ludi,2012; Redondo <i>et al.</i> , 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min,2013; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Moral, 2017
Atención directa	Atender necesidades psicosociales (personas mayores, cuidadores, familias) Gestionar recursos. Apoyar psicosocialmente	Amy, 2006; Redondo <i>et al.</i> , 2012; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Ponce de León <i>et al.</i> , 2015
Promoción	Fomentar la participación y gestión del ocio y tiempo libre Mejorar la autonomía personal	Amy,2006; Ludi,2012; Salmerón,2012; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min,2013; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Ponce de León <i>et al.</i> , 2015
Planificación	Políticas públicas	Marshall <i>et al.</i> , 2005; Barbosa <i>et al.</i> , 2015
Evaluación	Políticas públicas De usuarios	Marshall & Altpeter, 2005; Barbosa <i>et al.</i> , 2015

Fuente: Elaboración propia.

Comenzamos con la prevención y la sensibilización, se trata de una de las tareas con mayor presencia en los textos. Así, diversos autores (Ludi, 2012; Min, 2013; Barbosa *et al.*, 2015; Moral, 2017) reflejan la importancia de generar actitudes positivas frente al envejecimiento poblacional, sensibilizar y modificar estereotipos principalmente negativos relativos a esta etapa vital, contemplando la misma como un periodo de oportunidades y percibiéndolo de manera positiva.

TS con viejos, desde sus deseos, necesidades, intereses; en el que sean vistos, nombrados y considerados como personas/actores políticos, participantes, decisores; como sujetos de derechos y para lo cual resulta imprescindible modificar nuestras actitudes cotidianas en el trato que tenemos hacia ellos, ya que muchas veces nosotros mismos nos encargamos de reproducir acriticamente, lo que connota el término viejo en nuestra sociedad, reproduciendo así el “viejismo” y sus consecuencias. (Ludi, 2012,p.142)

Las actividades de prevención se plantean desde una perspectiva macro, comunitaria, de sensibilización que refuerza el paradigma de la persona mayor como sujeto de derechos y con ello, contribuye a la prevención de todo tipo de abusos hacia este colectivo. Esto, se complementa con un enfoque micro, de corte individual, en el que el punto de mira se sitúa en la persona mayor y su familia. Se relaciona con el objetivo de prevenir la dependencia, recuperar funciones de la persona y mejorar la autonomía (Redondo *et al.*, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013).

En segundo lugar, encontramos las funciones de atención directa, relacionada con cuestiones como la atención de necesidades psicosociales de las personas mayores, sus familias y de forma particular a los cuidadores. (Redondo *et al.*, 2012; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Ponce de León *et al.*, 2015). Se trata de una función clave que nos diferencia de otros perfiles profesionales. Dentro de la atención directa ubicamos también la tarea de gestión de recursos. Diversos autores enfatizan la función de este profesional como enlace entre las necesidades sociales y los recursos existentes (Amy, 2006; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Ponce de León *et al.*, 2015). Así Fernández-García & Ponce de León, (2013) describen como los profesionales superan un enfoque de gestión y tramitación de recursos:

Los trabajador/as sociales no solamente gestionan los recursos para atender la demanda, sino que también pueden complementar esta función (mayormente burocrática) con una intervención más existencialista y fenomenológica, orientando los proyectos vitales hacia la búsqueda de acontecimientos agradables y beneficiosos, para afrontar esta etapa con más ilusión, actividad, dinamismo y entusiasmo. (p.95)

Ponen el valor en la competencia profesional para valorar las necesidades sociales y orientar a la persona al recurso adecuado a su situación personal, familiar y social. En definitiva, la fortaleza se podría situar en esta combinación del soporte emocional, apoyo psicosocial, empoderamiento y la gestión administrativa de los recursos.

Una tercera función es la de promoción, que aparece en diferentes textos relacionándola, por una parte, con cuestiones como la inclusión social, la participación, la gestión del ocio y el tiempo libre, la intervención comunitaria; y, por otra parte, con la promoción de la autonomía personal y de las capacidades de cada individuo (Amy, 2006; Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Barbosa *et al.*, 2015; Ponce de León *et al.*, 2015).

La planificación y la evaluación están también presentes en los textos estudiados. En esta línea, aparece la función de planificación en sus dos niveles: macrosocial de diseño y elaboración de políticas públicas (Marshall & Altpeter, 2005; Barbosa *et al.*, 2015) y, microsociales, en cuanto al diseño de tratamientos e intervenciones individuales y familiares. En esta línea, Marshall & Altpeter (2005) aportan un enfoque de promoción de la salud y apuntan que “Social worker can be trained to plan and evaluate intervention targeted at promoting health and enhancing

community capacity to deal with aging and health issues”⁴⁹(p.143). Por otra parte, Bellido (2013) pone en valor la importancia de conocer el medio físico, cultural y social y de valorar la trascendencia del vínculo entre el usuario y el profesional para un adecuado desempeño de las funciones de planificación.

En definitiva, las funciones del profesional del TS vinculadas al EA son similares a las desempeñadas con otros colectivos. Si bien, en la literatura estudiada tienen mayor presencia funciones tales como prevención, atención social, promoción, planificación y evaluación; y otras funciones tales como mediación, supervisión, coordinación, gerencial y docencia apenas se reflejan.

De la mano de las funciones y los objetivos caminan los principios que van a guiar e inspirar la praxis de los y las profesionales del TS. Estos principios van a indicar el cómo se deberían implementar las intervenciones que promuevan un buen envejecimiento.

6.4. PRINCIPIOS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y DEL TRABAJO SOCIAL

Tal y como se apuntó en el capítulo del marco teórico, son varios los autores que han trabajado los principios que inspiran el EA (Walker, 2002; Pinazo *et al*, 2010; Cordero del Castillo, 2012; Foster & Boxall, 2015; Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016). De manera específica Marsillas, (2016) realiza un análisis comparativo y aborda la evolución de los elementos que sirven de guía para el diseño e implementación de políticas de EA: actividad, inclusión, prevención, solidaridad intergeneracional, participación, empoderamiento, diversidad nacional y cultural, flexibilidad y reconocimiento de derechos y obligaciones (Walker, 2002; Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016).

Para estudiar la posible relación entre los principios del TS y del EA tomamos también, como referencia, de manera prioritaria la Declaración de Principios Éticos del TS (FITS, 2018). Esta declaración actúa como marco general internacional en aras de la ética y de la integridad profesional. De manera secundaria, consideramos el Código deontológico de TS (CGTS, 2012). A

⁴⁹ “El trabajador social puede ser entrenado para planificar y evaluar las intervenciones dirigidas a promover la salud y mejorar la capacidad de la comunidad para lidiar con el envejecimiento y los problemas de salud ” (Min, 2005,p. 143, Traducción propia)

continuación, presentamos en el siguiente cuadro la vinculación entre los principios de EA y del TS:

Cuadro 40: Vinculación Principios de EA y Principios del TS

Principio EA	Autores	Principios de TS y nº de principio (FITS, 2018)
Derechos y obligaciones	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Promover de los derechos humanos (2) y el derecho a la autodeterminación (4)
Inclusión de las personas mayores	OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016	Promoción de la justicia social respetando la diversidad, respetando las diferencias individuales y facilitando el acceso a todo tipo de recursos (3.3)
Actividad	Walker, 2002; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Derecho a la participación para el desarrollo de la autoestima y las capacidades de las personas (5)
Participación y empoderamiento	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Derecho a la autodeterminación (4) y a la participación (5)
Solidaridad Intergeneracional	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Construcción de redes de solidaridad (3.5)
Diversidad nacional y cultural	Walker, 2002, 2006; Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Marsillas, 2016	Promoción de la justicia social respetando la diversidad (3)
Individualización: Flexibilidad de la aproximación	Pinazo <i>et al.</i> , 2010; Foster & Walker, 2015	Autodeterminación en la toma de decisiones (4) y respeto a las diferencias individuales individual (3.2)
Enfoque integral	Pinazo <i>et al.</i> , 2010	Tratar a la persona como un todo reconociendo las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (7)
Enfoque comunitario	Pinazo <i>et al.</i> , 2010	Trabajar activamente en un nivel comunitario juntos con sus compañeros dentro y fuera de la profesión. Construcción de redes de solidaridad y sociedades responsables e inclusivas (3.5)

Fuente: Elaboración propia.

Observamos una relación explícita entre los principios del EA con los principios deontológicos del TS, esto se refleja en que casi todos los principios de EA señalados por los autores encuentran su correspondiente en la Declaración de principios de la FITS (2018) Sólo dos principios, prevención y enfoque integral, no aparecen recogidos de forma explícita en la FITS como principio, aunque si en el Código deontológico de TS (CGTS, 2012).

En los siguientes párrafos, abordamos la relación entre los principios de ambos conceptos. Ello nos ayudará a identificar el camino a seguir en la promoción de un envejecimiento óptimo desde el TS.

Una primera cuestión para señalar es que las personas de edad son sujetos de derechos y, en esta línea los y las trabajadores/as sociales han de desarrollar tareas garantistas y de promoción de estas a la par que acompañar a las personas en su proceso de envejecimiento.

En segundo lugar, la inclusión social de todas las personas mayores ha de constituir un elemento clave en las políticas de envejecimiento. Se pone el acento en el “todas” con la finalidad de incluir a todas las personas con independencia de su género, edad, estado civil, nacionalidad, situación económica y de salud entre otras.

Un tercer aspecto responde a que los principios de actividad, participación y empoderamiento son también elementos compartidos debido a que el TS tiene entre sus objetivos la promoción de las capacidades de la persona y su participación activa en las diferentes esferas vitales.

Otro principio aborda la relevancia de la solidaridad. Esta se orienta tanto a las personas mayores, como a colectivos vulnerables, y, de manera particular, a otras generaciones favoreciendo la solidaridad intergeneracional. Todo ello contribuirá a la constitución de sociedades más inclusivas que es uno de los principios del TS.

La justicia social es uno de los principios principales de esta disciplina, ya que se incluye explícitamente en su definición (FITS, 2014). Tal y como recoge la Declaración Global de los Principios Éticos de TS, “los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de involucrar a las personas en el logro de la justicia social, en relación con la sociedad en general y en relación con las personas con las que trabajan” (2018, p.1). Implica rechazar la discriminación, respetar la diversidad, favorecer un acceso equitativo a los recursos existentes, luchar contra políticas injustas y la construcción de la solidaridad.

Otros criterios para destacar se basan en el reconocimiento de la necesidad de un enfoque integral e individualizado del EA (Foster & Walker, 2015). Implica, por un lado, la consideración de las personas como un todo y la promoción de las dimensiones biológicas, psicológicas y espirituales de las personas (FITS, 2018). Conlleva, por otro lado, superar las intervenciones parceladas y el desarrollo del trabajo multidisciplinar.

Un último principio es denominado enfoque comunitario (Pinazo *et al.*, 2010). Este también encuentra su presencia en los principios éticos del TS, en los que se pone en valor la importancia de la dimensión comunitaria de las intervenciones sociales así como el trabajo en red.

A la vista de lo anterior, confirmamos la gran relación entre los principios de EA (Walker, 2002; Foster & Walker, 2015; Marsillas, 2016) y los recogidos por la FITS, (2018). Así mismo, se puede afirmar que la dignidad, la independencia, la autorrealización, la actividad y la solidaridad, aparecen en ambos documentos como guías de la práctica profesional. Podemos apuntar que el TS establece el “reconocimiento de la dignidad inherente a cada ser humano, a través del respeto a todas las personas y del desafío las creencias y acciones de aquellos individuos que se devalúan o estigmatizan a ellos mismos o a otras personas” (FITS, 2018, p.1).

En la misma línea, hay principios que complementan a los anteriormente señalados, como el reconocimiento del trabajo realizado por las personas de edad en su entorno (Cordero del Castillo, 2012). Esta línea es relevante por su contribución a reforzar un paradigma positivo que considera a las personas mayores y sus aportaciones familiares, sociales y comunitarias. Por otra parte, el principio de prevención (OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016) no aparece de manera explícita en la declaración ética de la FITS (2018), si bien se encuentra presente como función profesional en el Código Deontológico de TS (CGTS, 2012).

Además de los principios convergentes, la Declaración de Principios Éticos (FITS, 2018) aporta otros principios relevantes que no son considerados de manera explícita por los autores tales como la confidencialidad y privacidad de los individuos, el uso ético de la tecnología y redes sociales y la integridad profesional. Es interesante considerar dichos criterios éticos en las intervenciones con personas de edad, debido a que favorecen prácticas profesionales que incrementen su calidad de vida.

En este epígrafe vamos a presentar los resultados que aborda los niveles de intervención de estos profesionales en el escenario del EA.

6.5. NIVELES DE ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Identificamos que, de los tres niveles individual, grupal y comunitario, son dos los que aparecen con mayor frecuencia: el TS Individual y el Comunitario. En el siguiente cuadro se presentan las ideas vinculadas a cada uno de los niveles:

Cuadro 41: EA en los niveles de intervención del TS

Nivel	Descripción	Autores
Individual	Funciones como el apoyo psicosocial, gestión de recursos sociales, acompañamiento Método de gestión de casos	Derezotes, 2000; Marshall & Altpeter, 2005; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013
Grupal	Vinculado a la planificación y organización de grupos de ayuda mutua o voluntariado	Regato, 2001; Redondo <i>et al.</i> , 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013
Comunitario	Espacios comunitarios participativos Reconocimiento de la productividad social en la participación comunitaria: voluntariado, solidaridad intergeneracional Creación de estructuras participativas ej. Consejo de Personas Mayores	Marshall & Altpeter, 2005; Ahmed, 2013; Min, 2013; Barbosa <i>et al.</i> , 2015

Fuente: Elaboración propia.

El primer nivel, individual familiar, tiene una presencia importante en los textos. Los autores destacan tareas tales como el acompañamiento social y la gestión de recursos sociales, cobertura de necesidades básicas que se realizan principalmente mediante intervenciones individuales y familiares. Este ámbito se potencia de forma explícita en las intervenciones profesionales, en detrimento, en muchos casos, de acciones grupales o comunitarias (Marshall & Altpeter., 2005; Ahmed, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013).

Fernández-García y Ponce de León (2013) citan a Derezotes al señalar las virtudes del Método de Gestión de Casos:

El modelo de intervención que mejor se adapta a la consecución de un EA y saludable mediante la movilización de apoyos sociales, es el denominado Modelo de Gestión de Casos, porque intenta asegurar una serie de servicios de forma eficaz, eficiente, razonada y coordinada para el cumplimiento de las necesidades. La finalidad del modelo es facilitar información sobre nuevas oportunidades, acercando los recursos sociales disponibles a la

persona con el fin de colaborar en el desarrollo del bienestar y la mejora de la calidad de vida del usuario. (p.92)

Por otra parte, el TS Comunitario tiene también una presencia importante en las referencias bibliográficas consultadas. Los autores insisten en la conveniencia de que esta disciplina promueva espacios comunitarios que faciliten la convivencia de personas de diferentes edades y colectivos favoreciendo de manera particular la solidaridad intergeneracional (Marshall & Altpeter, 2005; Ahmed, 2013; Barbosa *et al.*, 2015). Proponen generar espacios comunitarios y superar recursos dirigidos con carácter exclusivo a este grupo de edad. Reconocen la importancia que tiene este nivel profesional en la promoción del EA.

En los textos se presentan prácticas que sitúan la participación como eje central; describen acciones intergeneracionales, programas de voluntariado, intervención en red, entre otros, como aspectos relevantes para promover y fortalecer desde el ámbito comunitario del TS. En esta línea, Barbosa *et al.*, (2015) reconoce el valor reivindicativo y de justicia social de las intervenciones comunitarias y reclama el incremento de estas. Aluden a la falta de legislación adecuada para las personas mayores y demandan espacios comunitarios para trabajar con las personas mayores. Así, señalan los autores:

El trabajador social, viendo el panorama de falta de apoyo y limitadas políticas sociales, legislación carente dirigida al mayor y la pobre conciencia social que existe para trabajar con las personas mayores, debería actuar por otras vías. Comenzar a trabajar con el mayor desde la comunidad, trabajando de forma conjunta con otros colectivos de edades, no apartar a las personas mayores en actividades sólo dirigidas a ellos. Aprovechando el apoyo comunitario, seguir la vía más social, organizar bancos del tiempo, sistema de cadena de favores, de forma que se impliquen ambas partes por igual tanto mayores, como adultos, adolescentes, menores, etc., de este modo a la vez de que se conciencia y demuestra que el mayor está tan cualificado para participar como otro rango de edad, se le da al mismo, el sentimiento de ser útil para los demás, para sí mismo y para la sociedad. (Barbosa *et al.*, 2015, p.177)

Es decir, reclaman el reconocimiento de la productividad social de las personas mayores (Barbosa *et al.*, 2015) posibilitando espacios para ser útiles a los demás, para desarrollar diversas acciones participativas. Los textos ponen en valor, por un lado, la importancia del capital humano de las personas mayores, su participación social en un nivel comunitario a través del voluntariado y acciones solidarias, entre otras (Marshall & Altpeter, 2005; Ahmed, 2013; Barbosa *et al.*, 2015; Ponce de León *et al.*, 2015; Malagón-Siria, 2017). Por otro lado, destacan el potencial de esta

disciplina para realizar intervenciones desde una dimensión comunitaria. En esta línea, proponen el fortalecimiento de estructuras participativas tales como los Consejos de Personas Mayores que posibilitan la participación y toma de decisiones de las personas mayores acerca de las cuestiones que les afectan (Ahmed, 2013).

En este sentido, se hace preciso señalar que el “TS Comunitario, en base a cuerpo teórico y metodológico, se postula como un método de intervención social capaz de conducir de manera positiva procesos de empoderamiento comunitario” (Ahmed, 2013, p.27), y de mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Ahmed, 2013; Barbosa *et al.*, 2015).

Son escasas las referencias bibliográficas que vinculan el EA con el TS grupal. Este se relaciona, principalmente, a la planificación y organización de actividades variadas, ligadas al aprendizaje a lo largo de la vida, a talleres socio culturales y a grupos de cuidadores entre otros. Pero en la bibliografía no figura este profesional al frente de los mismos. Por consiguiente, nos sugiere la reflexión acerca de que la ausencia o invisibilidad del nivel grupal en los textos, pudiera deberse bien, a la falta de intervenciones grupales en el ámbito que nos ocupa, o bien, a la falta de sistematización y registro de dichas prácticas profesionales. En el siguiente epígrafe vamos a abordar el papel de los profesionales de TS en los diferentes ámbitos de intervención.

6.6. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN

En el presente apartado consideramos como la literatura reconoce el papel del TS en la promoción del EA desde los diferentes ámbitos. Destacan, principalmente, salud, servicios sociales y educación. El EA incorpora diferentes factores claves para la optimización del envejecimiento (OMS, 2002; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2006; Zamarrón, 2013; Marsillas, 2016). En consecuencia, las acciones que promuevan un buen envejecimiento han de tener un enfoque multidimensional que responda a las múltiples dimensiones de este concepto.

En este apartado vamos a presentar referencias bibliográficas relacionadas con dichos ámbitos: salud, servicios sociales y educación.

6.6.1. Envejecimiento Activo y Trabajo Social en Salud

El sistema de salud incluye las diferentes organizaciones y entidades, públicas y privadas, que trabajan para mejorar la salud de las personas. La página web de la OMS (2005) lo define como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”. Resulta obvia la consideración de que se trata de un sistema de protección clave para todos los ciudadanos, pero de forma especial, para las personas mayores que en virtud de su edad ven mermadas algunas de sus capacidades y destrezas de forma progresiva.

Son varios los autores que vinculan TS y EA en el sistema de salud (Regato, 2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo *et al.*, 2012; Bellido, 2013; Min, 2013). En sus textos apuntan diferentes cuestiones tales como la prevención, la promoción de la salud y las propuestas comunitarias entre otras. En el siguiente cuadro se presentan los hallazgos vinculados con el objeto de estudio.

Cuadro 42: TS y EA en el sistema de salud

Hallazgos	Autores
Importancia de desarrollo de políticas preventivas y de promoción de la salud	Regato,2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo <i>et al.</i> , 2012; Bellido, 2013; Min, 2013;
Los TS pueden liderar programas de proyectos de promoción de EA en el ámbito de salud ej. intervención psicosocial de personas mayores y cuidadores, grupos de ayuda mutua y voluntariado Necesidad de evaluar dichas acciones	Regato, 2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo <i>et al.</i> , 2012; Min, 2013;
Importancia de promover EA desde espacios socio sanitarios	Regato,2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo <i>et al.</i> , 2012 Bellido,2013; Min, 2013;
Defensa de un sistema socio sanitario público que promueva el EA	Regato, 2001; Redondo <i>et al.</i> , 2012

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, los autores destacan las medidas preventivas. Estas se entienden como una serie de acciones que se disponen para evitar que sucedan situaciones valoradas como negativas. Esta cuestión emerge, de forma explícita y reiterada, en las referencias bibliográficas. El objetivo de las actividades preventivas en este grupo de edad enmarcada en los servicios de atención primaria de salud puede estar dirigido a:

Aumentar la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando este se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. (Regato, 2001, p.10)

Abordan la prevención desde un modelo ecológico en el que se atribuye a los profesionales de TS un papel clave. Así, incorporan medidas como promover envejecimiento saludable, impulsar ambientes de trabajo saludables y establecer espacios de coordinación tales como el espacio socio sanitario (Marshall & Altpeter, 2005).

La prevención en el ámbito de salud resulta consustancial a las acciones de promoción de la salud, y en esta línea, aparecen cuestiones relacionadas con estilos de vida saludable tales como, la alimentación, prevención del tabaquismo, del consumo de alcohol, promoción de la actividad física, entre otras. En este sentido, se plantea como ineludible el desarrollo de programas que recojan estos aspectos para prevenir posibles enfermedades y disminuir las desigualdades en salud (Regato, 2001; Redondo *et al.*, 2012; Bellido, 2013; Min, 2013). Así, los diferentes autores ubican dichos proyectos fundamentalmente dentro de los servicios de atención primaria de salud, primer eslabón de acceso al sistema de salud por parte de los ciudadanos (Regato, 2001; Redondo *et al.*, 2012).

Una idea que resulta interesante implica el desarrollo de actividades de prevención primaria que están centradas en cuestiones como alcohol, tabaquismo, nutrición, salud dental, ejercicio físico, vacunación, entre otras. Sin embargo, hay acciones preventivas que corresponden a niveles secundarios y terciarios como son los protocolos de caídas, atención en déficits cognitivo, polimedicación, incontinencia urinaria y alteraciones sensoriales, entre otras (Regato, 2001). Para el desarrollo de dichos proyectos es preciso que se desarrollen atendiendo a distintos principios tales como el trabajo multidisciplinar, la colaboración intersectorial y la participación activa (Regato, 2001). Entiende el autor que son elementos que han de inspirar las políticas de promoción de la salud que contribuyen a su vez al EA.

En segundo lugar, diferentes autores reclaman que sean profesionales de la disciplina del TS, quienes lideren acciones de promoción de EA en el ámbito de salud (Regato, 2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo *et al.*, 2012; Min, 2013). Lo argumentan basándose en las habilidades y competencias de estos profesionales. De forma más concreta proponen acciones de promoción para la salud basados en la intervención psicosocial de personas mayores y cuidadores, grupos de ayuda mutua y voluntariado (Regato, 2001; Redondo *et al.*, 2012). Al mismo tiempo han de dimensionarse las intervenciones en materia de salud y medir la eficacia de las mismas, ya que

dichas acciones además de mejorar la calidad de vida de los beneficiarios van a promover un sistema sanitario público sostenible (Redondo *et al.*, 2012).

La tercera idea, vinculada a la anterior defiende un sistema socio sanitario público que promueva el EA, prevenga deterioro funcional y, permita recuperar cuando sea posible, el nivel funcional previo (Regato, 2001; Redondo *et al.*, 2012).

Otra de las cuestiones a destacar, pone en valor la importancia de desarrollar y fortalecer espacios socios sanitarios, con una perspectiva integral y multidimensional en la que el profesional de TS desempeñe sus funciones profesionales (Regato, 2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo *et al.*, 2012; Bellido, 2013; Min, 2013). Con ello se daría respuesta a la revolución demográfica actual, a la heterogeneidad de las personas mayores y a la falta de políticas eficaces para promover un envejecimiento saludable y activo.

Finalmente podemos afirmar que en el sistema de salud tienen cabida una cantidad significativa de proyectos y actuaciones de diversa índole, en las que el trabajador/a social desempeña un papel clave.⁵⁰ De manera específica, en el ámbito de personas mayores, la bibliografía consultada se centra, principalmente, en atención primaria y acciones preventivas. Dicho aspecto está en línea con nuestra hipótesis de que las acciones y medidas relacionadas con el EA se dirigen principalmente a personas mayores con escaso deterioro físico y/o cognitivo y que mantienen un grado de autonomía medio para las Actividades de la Vida Diaria.

6.6.2. Envejecimiento Activo y Trabajo Social en el sistema de Servicios Sociales

Este epígrafe parte de la definición de servicios sociales según la cual son “Servicios técnicos, prestados al público o a determinados sectores del mismo, de una manera regular y continua; por las diversas organizaciones públicas y privadas, con el fin de lograr o aumentar el Bienestar Social” (Moix, 2004, p.131). Estos pueden clasificarse atendiendo a diversos criterios. Uno de ellos es considerar su pertenencia o no al Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS). Forman parte de dicha estructura los servicios de titularidad pública y también los de titularidad privada, que colaboran en la consecución de los objetivos plateados por los responsables públicos. Quedan fuera

⁵⁰En esta línea, la Asamblea General de la OMS declara el año 2021 Año Internacional de los Trabajadores de la salud y de los cuidados, incluyendo a los y las trabajadores sociales

del Sistema público aquellos de titularidad privada que no colaboran de manera directa con el aparato público. Uno de los problemas es la falta de una norma básica sobre servicios sociales en España.⁵¹

El grupo de población objeto de estudio, las personas mayores, participa en diferentes recursos tanto del sistema público de servicios sociales, como de servicios privados. Desde las prestaciones básicas de los servicios sociales de atención primaria, los centros de participación activa u hogares de personas mayores, los centros de día o nocturnos, hasta alternativas al alojamiento tales como viviendas tuteladas, cohousing y residencias de personas mayores.

La bibliografía estudiada refleja la amplitud y la relevancia del sistema de servicios sociales en relación con el EA. Así, los textos ponen de manifiesto la vinculación estrecha entre el EA y el TS en el marco del sistema de servicios sociales (Amy, 2006; Ancizu & Fontanals, 2012; Ávila *et al.*, 2012; De La Red *et al.*, 2012; G. García, 2012; Hernández, 2012; Ludi, 2012; Martín, 2012; Romero, 2012; Salmerón, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Lacámara, 2013; Min, 2013; P. García, 2015; Minney & Ranzijn, 2016; Gummà & Castilla, 2017; Ponce de León & Andrés, 2017). A continuación, vamos a presentar los hallazgos más significativos relativos a dicho aspecto:

⁵¹Siendo los servicios sociales una materia de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, cada una cuenta con su propia normativa y, también, con una definición propia de su sistema de servicios sociales. Para subsanar esta cuestión y consolidar los “Servicios Sociales como sistema del Estado de Bienestar, la Asociación de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2017) ha formulado una propuesta de reforma constitucional basada, entre otros, en la incorporación de un artículo que constitucionalice el “Sistema Público de Servicios Sociales” especificando su finalidad, funciones, necesidades, principios y garantía de financiación.

Cuadro 43: TS y EA en el sistema de servicios sociales

Hallazgos	Autores
TS profesional de referencia del sistema de servicios sociales	Amy, 2006; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Rueda & Zurro, 2019
Diversidad de recursos sociales promoción del EA	Amy, 2006; De la Fuente, 2011; Ancizu & Fontanals, 2012; Ávila <i>et al.</i> , 2012; G. García, 2012; Romero, 2012; Salmerón,2012; Fernández-García & Ponce de León 2013; Lacámara, 2012; Amores & Reina,2015; Arriaza, <i>et al</i> , 2015; Barbosa <i>et al.</i> ,2015; Caso <i>et al</i> , 2015; P. García,2015; Murillo <i>et al.</i> 2015; Minney & Ranzijn., 2016; Ponce de León & Andrés, 2017; Rueda & Zurro, 2019
Centros socio comunitario para mejorar la calidad de vida y la inclusión social	Arriaza <i>et al.</i> , 2015; Barbosa <i>et al.</i> ,2015; P. García, 2015; Ponce de León & Andrés, 2017
Profesional como recurso y la relación de ayuda que se establece entre ambas partes	Fernández-García & Ponce de León, 2013; Arriaza <i>et al.</i> , 2015
Importancia del TS en alojamientos residenciales	Amy, 2006; Ancizu & Fontanals, 2012; Ávila <i>et al.</i> , 2012; G. García,2012; Lacámara, 2012; Cobacho & Silva, 2015; Minney & Ranzijn, 2016; Gummà & Castilla, 2017
Modelos de atención a personas mayores: atención centrada en la persona y gestión de casos	Fernández- García & Ponce de León, 2013; Minney & Ranzijn, 2016
Políticas y normativas	De la Red <i>et al.</i> , 2012; Hernández, 2012
Identificación de retos para intervenciones eficaces desde el TS	Ancizu & Fontanals,2012; Lima,2012; Ludi, 2012; Martín, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Díaz <i>et al</i> , 2020

Fuente: Elaboración propia.

Los asuntos abordados son diversos, diferenciando en primer lugar, aquellos que señalan el papel de liderazgo del profesional de TS en el sistema de servicios sociales; en segundo lugar, las que se centran en los recursos sociales y, de manera particular, los derivados del sistema promoción de la autonomía y atención a la dependencia (Amy, 2006; Ancizu & Fontanals, 2012; Ávila *et al.*, 2012; G. García,2012; Lacámara, 2012; Romero, 2012; Salmerón,2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013, P.García,2015; Minney & Ranzijn, 2016; Rueda & Zurro, 2019). Y, por último, aquellos que realizan aportaciones acerca de las políticas sociales de envejecimiento e iniciativas legislativas (Hernández, 2012; De la Red *et al.*, 2012).

El primer aspecto destacado en el cuadro muestra el papel de referencia del TS en el sistema de servicios sociales. Siguiendo a Moix (2004), este profesional activará los recursos oportunos internos o externos ofrecidos por los sistemas de bienestar, principalmente por el de servicios sociales. En materia de EA, este profesional, referente del sistema tiene entre sus funciones enlazar necesidades y los recursos (Amy, 2006; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León & Andrés, 2017). Por ello, dichos profesionales han de conocer la variedad de recursos y servicios existentes para el colectivo de población con el que trabaja.

Muestra de ello es que, en segundo lugar, una gran parte de los textos pone la mirada en los recursos sociales. En concreto, en el ámbito de las personas mayores, existe una gran variedad, atendiendo a, si son públicos o privados, al grado de dependencia del solicitante y a su cobertura. Así, encontramos las prestaciones básicas, los programas de termalismo, de preparación a la jubilación, de actividad física, de estimulación de memoria, pensamiento positivo, servicios socioculturales y otros proyectos con objetivos más específicos. Los autores recuerdan que uno de los recursos más significativos es el propio profesional y la relación de ayuda que se establece entre ambas partes (Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León & Andrés, 2017; Rueda & Zurro, 2019).

En esta línea, Rueda & Zurro (2019) abordan la crisis de cuidados diferenciando entre unas personas mayores que disponen de atención derivada del grado de dependencia y acceden a diferentes servicios con la finalidad de mejorar su calidad de vida y otras personas mayores que carecen de redes de apoyo y no están identificadas por el sistema de servicios sociales. Con frecuencia, cuando la persona mayor reside en su domicilio y tiene un nivel de autonomía medio alto, uno de recursos sociales que promueven una mejor calidad de vida e inclusión social de la persona mayor, son diversos espacios socio comunitarios, como pueden ser los centros de participación, hogares de personas mayores y diversos espacios de carácter comunitario. Estos centros tienen como metas la inclusión, participación y promoción de la persona mayor a través de diversos servicios y programas (Salmerón, 2012; P. García, 2015; Ponce de León & Andrés, 2017).

Todos ellos, son espacios claves para el desarrollo de acciones preventivas y de sensibilización. En estos recursos los profesionales de TS tienen un papel clave relacionado con cuestiones tales como la promoción del voluntariado, la detección de necesidades, la promoción de hábitos de vida saludable y el desarrollo de acciones intergeneracionales. Como apunta P. García (2015):

Para lograr el éxito de las políticas de EA es necesario contar con los servicios ofertados por los poderes públicos a las personas mayores para su desempeño y, en esto, los Centros de Participación Activa para Personas Mayores y la figura del/de la profesional del TS tienen un papel básico por sus objetivos y metas pero, sobre todo, por su filosofía y por la especificidad del perfil poblacional con el que trabaja. (p.185)

En el ámbito comunitario los programas de EA tienen un papel importante, que abordaremos de forma detallada en un apartado posterior, al señalar las prácticas que vinculan el TS y el EA. Los textos apuntan a la demanda del colectivo de personas mayores de envejecer en su domicilio y la

consiguiente importancia de fortalecer los recursos que posibiliten esta cuestión. Conforme se va incrementando el deterioro y las necesidades de atención de las personas, se hace imprescindible introducir nuevos recursos que van a compensar dichos déficits (Arriaza *et al.*, 2015; Caso *et al.*, 2015; Murillo *et al.*, 2015, Rueda & Zurro, 2019). Los servicios de ayuda a domicilio, el servicio de teleasistencia, programas de respiro, centros de día y alojamientos residenciales están presentes en los textos. Los autores, centran gran parte de sus discursos en el abordaje de la atención en centros residenciales para personas mayores (Amy, 2006; Ancizu & Fontanals, 2012; Ávila *et al.*, 2012; G. García, 2012; Lacámara, 2012; Amores & Reina, 2015; Minney & Ranzijn, 2016; Gummà & Castilla, 2017, Rueda & Zurra, 2019). Todos ellos destacan el quehacer profesional de los técnicos de TS en estos recursos alternativos al domicilio, presentan enfoques e ideas diversas. En los textos se debaten desde cuestiones generales como son la vinculación entre la calidad de vida de los usuarios y el compromiso social de los mismos (Amy, 2014; Minney & Ranzijn, 2016; Gummà & Castilla, 2017); los retos profesionales que afectan a este colectivo en centros residenciales, como la innovación asistencial o la profesionalización social (Ancizu & Fontanals, 2012); estudios que miden la confianza de los familiares en los centros residenciales (Lacámara, 2012); o, que abordan la percepción de los propios profesionales del TS sobre el desempeño profesional en dichos centros (G.García, 2012). Asimismo, también aluden a cuestiones más particulares como es el uso de sujeciones físicas y/o químicas en los cuidados a personas mayores (Ávila *et al.*, 2012) o el empleo de las nuevas tecnologías para promover el mantenimiento de la persona en su medio (Póveda *et al.*, 2017).

Por otra parte, los autores abordan modelos de atención a las personas mayores desde el sistema de servicios sociales, a partir de dos modelos diferenciados. Por un lado, Minney & Ranzijn, 2016 señalan el modelo de atención centrada en la persona que se adapta a las personas mayores en diferentes etapas de la vida. Atendiendo al mismo, cada persona usuaria de recursos, de forma individual, ha de considerar qué aspectos mejorarán su capacidad para vivir una buena vida. Por otro lado, desde un enfoque complementario Fernández-García & Ponce de León, (2013) proponen el modelo de gestión de casos que tiene como finalidad vincular los recursos disponibles a la persona buscando el bienestar de la persona y la mejora de su calidad de vida. Incorpora la gestión de los recursos y cuestiones relacionadas con la relación interpersonal entre el/la trabajador/a social y la persona.

La atención a personas mayores en situación de dependencia es tenida en consideración por los autores, bien enmarcando las intervenciones profesionales en el sistema de Atención Primaria (Romero, 2012); bien enfocando los retos que supone el sistema de atención a la dependencia en los centros residenciales (Ancizu & Fontanals, 2012); o valorando la fiabilidad de instrumentos para valorar la situación de dependencia en España (R. González, 2012).

En tercer y último lugar, otros textos abordan las políticas sociales y normativas relacionadas con el EA y el TS en el sistema de servicios sociales y las implicaciones que supone para estos profesionales (De la Red *et al.*, 2012; Hernández, 2012). Sin embargo, a pesar de la variedad de la oferta existente de servicios, recursos y programas dirigidos a la promoción del EA desde el sistema de servicios sociales los textos apuntan una serie de retos que se plantean para los profesionales de TS para intervenir eficazmente (Ancizu & Fontanals, 2012; Lima, 2012; Ludi, 2012; Martín, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León & Andrés, 2017). Cuestiones tales como, la falta de tiempo para el profesional, las desigualdades territoriales, la escasez de recursos, la necesidad de responder a los cambios de las demandas y expectativas de vida de las personas mayores, y la atención a las personas mayores en el medio rural tienen presencia en la bibliografía consultada.

En síntesis, podemos señalar que la promoción del EA desde los sistemas de servicios sociales y salud resulta clave para el desarrollo integral de la persona mayor. No obstante, es preciso que vayan de la mano con otros sistemas de protección. La educación es un ámbito que ha aparecido en los textos consultados, de tal manera que en el siguiente apartado, presentaremos los aspectos de esta vinculación.

6.6.3. Envejecimiento Activo y Trabajo Social en Educación

Al igual que servicios sociales, sanitarios, la educación se presenta como uno de los determinantes del EA (OMS, 2002). En esta línea el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento al abordar las recomendaciones para la adopción de medidas, apunta, dentro del área “personas de edad y su desarrollo”, diversas cuestiones relacionadas con la educación tales como a) brindar oportunidades de empleo a las personas de edad que quieran trabajar a través de la formación permanente (art 28.c); b) mejora de la condiciones de vida en las zonas rurales mediante el aprendizaje a lo largo de la vida (32.d); y, c) el acceso a la educación como base para

el acceso a una vida activa y plena. Es decir, la II Asamblea establece como retos que todas las personas mayores tengan derecho a la educación y que puedan elegir los ámbitos donde ejercer esos derechos.

En los textos analizados observamos que la dimensión educativa tiene varias vertientes, la primera de ellas sería la relacionada con los programas de aprendizaje a lo largo de la vida dirigidos a personas adultas y mayores. Una segunda área se orienta a formación de profesionales, fundamentalmente de servicios sociales y salud. Una tercera vertiente está más relacionada con acciones intergeneracionales dentro del sistema educativo, y dirigida a la infancia y al colectivo de personas mayores. En el presente epígrafe nos vamos a centrar de forma prioritaria, en las dos primeras, abordando la tercera cuestión, las acciones intergeneracionales, en el siguiente apartado al presentar las prácticas más comunes de intervención del TS. En el siguiente cuadro se apuntan las cuestiones más relevantes al respecto:

Cuadro 44: TS y EA en el ámbito educativo

Hallazgos	Autores
La educación agente clave de integración social y de mejora de la calidad de vida	Friedman,1997; Bosch <i>et al.</i> , 2009; Cordero del Castillo, 2012; Pato & Tarrío, 2012;Salmerón,2012; Fernández-García & Ponce de León., 2013; R. García,2014; Nieto, 2014; Pozo,2014
Demanda creciente de servicios de educación por parte de las personas mayores y contribución de esta a la mejora de la percepción social de las mismas	Cordero del Castillo, 2012
Necesidad de participación e implicación de las personas mayores en los programas de aprendizaje	Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Aparicio, 2013
Diversidad de ventajas vinculadas a la participación de las personas mayores en acciones educativas	Bosch <i>et al.</i> , 2009; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón,2012; Pato & Tarrío, 2012; Fernández-García et al., 2013; Nieto, 2014
Diversidad de espacios y de actividades desarrolladas	Bosch et al., 2009; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Pato & Tarrío, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; R. García, 2014; Pozo, 2014; Nieto & Castejón, 2017
Perfiles diferenciados de usuarias de formación reglada universitaria y usuarias de centros sociales comunitarios	M. Hernández, 2000; Martínez de Miguel 2003; Barnés, 2005; Salmerón, 2005; Miñano, 2006; Montoro <i>et al.</i> , 2012
Escasez de investigaciones y estudios del TS y del envejecimiento y falta de disponibilidad de materias dentro de los programas de TS	Marshall & Altpeter, 2005; Salmerón, 2012

Fuente: Elaboración propia.

El aprendizaje a lo largo de la vida tiene una gran presencia en los textos estudiados. Podemos destacar el término “Gerantogía como el conjunto de medios, métodos y técnicas seleccionadas

y reagrupadas en un corpus de conocimientos orientado en función del desarrollo del discente mayor” (Lemieux, 1998, citado en Aparicio, 2013, p.46). El propósito de esta es promover competencias y destrezas que contribuyan a que las personas mayores se adapten al proceso de envejecimiento (Aparicio, 2013).

Esta dimensión aparece con gran fuerza en la bibliografía consultada (Friedman, 1997; Bosch *et al.*, 2009; Cordero del Castillo, 2012; Pato & Tarrío, 2012; Salmerón, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; R. García, 2014; Pozo, 2014; Nieto & Castejón 2017). Dichos autores coinciden al destacar la educación como agente principal de integración social, siendo esta considerada como uno de los factores que más contribuye a mantener una buena calidad de vida de las personas. Así, Cordero del Castillo, recoge una serie de ideas basadas en la V Conferencia Internacional sobre la Educación de las Personas Mayores (UNESCO): a) considerar a las personas mayores como un grupo heterogéneo incluyendo a las que se encuentran en situación de vulnerabilidad; b) entender que la mayoría de ellas presentan un nivel bajo educativo formal, especialmente las mujeres; c) aceptar que socialmente, se sigue percibiendo el envejecimiento como un proceso de decaimiento y de pérdida y que la educación contribuye a una imagen positiva sobre las personas mayores; d) las investigaciones demuestran que, habitualmente, no disminuye la capacidad de aprendizaje antes de los 75 años; y, e) cada vez más las personas mayores demandan servicios de educación (Cordero del Castillo, 2012).

Estas ideas ponen en valor la importancia de los programas de aprendizaje a lo largo de la vida como elemento fundamental para la promoción del EA. Los autores manifiestan la necesidad de establecer programas específicos de aprendizaje en los que la implicación y la participación de los mayores sea un elemento clave (Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Aparicio, 2013). Plantean que estas actividades educativas pueden mantenerse en la vejez y que ésta, no tiene que ser menos satisfactoria que en otras etapas de la vida como la infancia y la adolescencia.

Los textos estudiados apuntan a la diversidad de ventajas relacionadas con la inclusión de las personas mayores en acciones educativas, sean formales o informales (Bosch *et al.*, 2009; Cordero del Castillo, 2012; Pato & Tarrío, 2012; Salmerón, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Nieto & Castejón, 2017). Entre las mismas, subrayan mejorar la calidad de vida, mantener la autonomía, favorecer la socialización, prevenir la soledad, aprender conocimientos, reducir estereotipos negativos y desmitificar la inactividad de las personas mayores. En definitiva, tal y

como recoge IMSERSO, “el aprendizaje a lo largo de la vida ofrece oportunidades apreciables y significativas a la vez que es un derecho, consecuencia de un modelo de ciudadanía democrática que anhela la participación plena de todos en la sociedad” (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011, p.284). En esta línea el informe Delors (1996) enfatiza el valor de la educación en la vida personal como medio para evitar el aislamiento y los efectos negativos del envejecimiento.

Estos programas educativos y formativos pueden implementarse en diversidad de espacios tales como universidades, aulas de personas mayores, centros de participación, centros socio comunitarios y asociaciones entre otros. Los autores identifican perfiles de participantes, y así destacan la mayor presencia de mujeres diferenciando entre las que acuden a los centros sociales cuyo perfil responde al de mujer casada o viuda, ama de casa y con bajo nivel formativo (M. Hernández, 2000; Martínez de Miguel 2003; Barnés, 2005; Salmerón, 2005; Miñano, 2006). Mientras que las que acuden a programas de formación reglada universitaria presentaban un perfil formativo medio-alto y muchas de ellas tenían estudios universitarios previos (*Montoro et al.*, 2007).

Los autores reflejan la diversidad y variedad de las acciones educativas relacionadas con las habilidades sociales, la estimulación cognitiva, acceso a bienes culturales y sociales, hábitos y estilos de vida saludable. (Bosch *et al.*, 2009; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Pato & Tarrío, 2012; Fernández-García & Ponce de León, 2013; R. García, 2014; Pozo, 2014; Nieto & Castejón, 2017).

Vista la importancia del desarrollo de la dimensión educativa los autores (Salmerón, 2012; Aparicio, 2013) refuerzan la petición de la OMS (2002) de incrementar las acciones educativas orientadas a personas mayores. Así Salmerón (2002) señala que:

La necesidad de proveer de recursos económicos, materiales y logísticos a los proyectos socioeducativos que se destinan a la participación de los mayores en los centros sociales(...) ya que se percibe decremento de los recursos destinados para tal fin, toda vez que una parte importante de proyectos y de financiación eran respaldados por obras sociales, fundaciones y entidades económicas que actualmente ya no lo hacen, y que además gran cantidad de proyectos que respaldaban las corporaciones locales y regionales han sido cesados, lo que a la postre podría conllevar como hemos visto anteriormente, el

deterioro y menoscabo de su calidad de vida además de la exclusión social a la que se verían avocados miles de personas mayores. (p.415)

Es decir, vinculan la participación en programas de aprendizaje con una mejora en la calidad de vida y reclaman el mantenimiento de los mismos para evitar la exclusión social de este colectivo de población. En palabras de Fernández -García & Ponce de León (2013):

Las consecuencias de las interacciones sociales derivadas de las diferentes actividades propuestas en los programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida pueden ser de tres tipos: a) aumento de autoestima y autoconcepto, b) ampliación de la red social y c) enriquecimiento personal y cultural. (p.93)

Los autores consideran relevante, por un lado, la dimensión educativa a través del desarrollo de programas socioeducativos y por otro, funciones de organización y promoción de acciones de aprendizaje a lo largo de la vida. Desde el punto de vista del TS estas dimensiones podrían constituir nichos de mercado y nuevos espacios de intervención para el desempeño profesional.

Tras abordar las cuestiones relativas al aprendizaje a lo largo de la vida, la segunda cuestión que surge en las referencias está relacionada con la formación de los profesionales de TS en personas mayores. Así, los autores proponen áreas de mejora en los programas de TS. En esta línea, Marshall y Altpeter, (2005) apuntan a la escasez de investigaciones y estudios del TS y del envejecimiento, así como la falta de disponibilidad de materias dentro de los programas de TS que permitan acercarse al ámbito del envejecimiento.

En esta línea de defensa de la intervención profesional de TS en el ámbito del envejecimiento, la ANECA (2005) señala la necesidad de disponer de profesionales con formación específica en personas mayores para potenciar el EA, la protección y la atención social, lo que mejorará la calidad de vida de las personas mayores. Reconoce que:

El progresivo envejecimiento de la población supone un esfuerzo de reactivación y visión de una vejez activa, participativa y satisfactoria, acompañado de un enfoque integral en la atención y el cuidado de los mayores, así como un aumento en la atención y cuidado de la población. (ANECA, 2005, p.104)

Dicha institución reconoce el envejecimiento de la población, junto con otros elementos tales como, la globalización económica, el individualismo, la inmigración y las nuevas tecnologías; como generadores de nuevas exigencias para los profesionales del TS (ANECA, 2005). En consecuencia de esto, se hace preciso abordar el envejecimiento desde un enfoque multidimensional. Los ámbitos de salud, servicios sociales y educación son los espacios

principales desde los que los profesionales del TS desarrollan su labor profesional dirigida a la promoción del EA. En los diferentes textos observamos que las prácticas a implementar son en muchos casos comunes. A continuación, vamos a identificar aquellas que tienen una mayor presencia en la bibliografía.

6.7. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS

En este epígrafe presentamos los hallazgos obtenidos de la búsqueda bibliográfica relativos a la descripción de prácticas de intervención de TS para la promoción del EA. La exposición se divide en las prácticas identificadas con mayor peso en los trabajos: a) las que se centran en participación y voluntariado; b) las relativas a acciones intergeneracionales y c) otros programas de intervención psicosocial.

6.7.1. Envejecimiento Activo, participación y voluntariado

Una parte importante de la bibliografía estudiada alude a la participación de este grupo de edad y, en concreto, al voluntariado como forma de participación social (Amy, 2006; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Bellido, 2013; Benabal *et al.*, 2015; Mozas, 2015; Malagón-Siria, 2017; Núñez, 2017; Ballesteros *et al.*, 2018). En el siguiente cuadro destacamos los resultados más significativos del análisis de la misma.

Cuadro 45: TS y EA, participación y voluntariado

Hallazgos	Autores
Participación como elemento clave de inclusión social	OMS, 2002; Amy, 2006; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Bellido, 2013; Fernández García & Ponce de León, 2013; Benabal <i>et al.</i> , 2015, De la Fuente, 2016, 2019; Núñez, 2017, Ballesteros <i>et al.</i> , 2018; Cuesta & Raya, 2019
La participación social desarrolla una función protectora de las relaciones sociales	Salmerón, 2012; Benabal <i>et al.</i> , 2015; Moral, 2017
Reconocimiento de la productividad y la aportación de estos al capital y tejido social. Dignificación de las personas mayores	Cuesta, 2007; De la Red <i>et al.</i> , 2012; Moral, 2017, Núñez, 2017, Ballesteros, <i>et al.</i> , 2018
Estudios que analizan la participación de las personas mayores	Barrio <i>et al.</i> , 2008; Yanguas, 2009; Cordero del Castillo 2012; Salmerón, 2012; Ferrada & Zavala, 2014; C.J. Núñez, 2017, Ballesteros <i>et al.</i> , 2018
Variedad de escenarios y espacios de participación	Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Bellido, 2013; Malagón-Siria, 2017
Papel del TS en el desarrollo de programas de voluntariado de personas mayores	Ahmed, 2013; Benabal <i>et al.</i> , 2015;

Fuente: Elaboración propia.

La participación es uno de los pilares del EA (OMS, 2002). En esta línea, son muchos los autores que inciden en la misma para lograr la inclusión social de las personas mayores. Debido entre otros factores, al incremento de la esperanza de vida y a los nuevos paradigmas de envejecimiento, las personas de edad desempeñan diferentes roles, tanto a lo largo de su vida como en su proceso de envejecimiento. Son muchos los ámbitos en los que están presentes, social, político, cultural y familiar, entre otros. Diversos autores recogen la vinculación estrecha entre EA y voluntariado, “ya que el voluntariado forma parte de un EA por parte de las personas mayores, donde la actividad tras la jubilación no queda mermada” (Benabal *et al.*, 2005, p.245). Esta participación contribuye al incremento de su satisfacción vital y, a que se sientan partícipes de la sociedad. De tal modo, la participación social desarrolla una función protectora de las relaciones sociales y refleja la necesidad psicosocial de disponer de una red de apoyo y vinculación social y comunitaria (Salmerón, 2012; Benabal *et al.*, 2015; Moral, 2017; Ballesteros *et al.*, 2018; Cuesta & Raya, 2019).

La promoción de la participación de las personas de edad es uno de los objetivos de las intervenciones sociales y para lograrlo se hace necesario reconocer la productividad y la aportación de estas al capital y tejido social. Así, se apuntan diversas formas tales como el voluntariado, la ayuda mutua y el asociacionismo entre otras; más allá de la respuesta a las necesidades materiales

incluyendo las necesidades también afectivas, relacionales y de comunicación (De la Red *et al.*, 2013).

Son diversos los estudios que analizan la participación de las personas mayores. Por un lado, pone en valor las consecuencias vinculadas con un rendimiento cognitivo, un mejor estado anímico y el incremento de la satisfacción vital de aquellas personas mayores que participan en programas de voluntariado frente a los adultos mayores no voluntarios (Ferrada & Zavala, 2014). Por otro lado, también analizan los tipos de participación y la categorizan diferenciando entre estilos participativo, ocio social, ocio inactivo y estilo de vida doméstico (Barrio *et al.*, 2008). Por su parte, respecto al tiempo libre, Cordero del Castillo (2012) diferencia entre actividades físicas; manuales y creativas; culturales y de relaciones sociales.

Otros estudios se hacen eco de la influencia de los factores socio demográficos en la participación social de las personas mayores. Así, Yanguas (2009) atiende a la variable edad y señala tres etapas que generan formas diferentes de participación. Distingue una primera de llegada al envejecimiento, una segunda de decadencia del cuerpo y una tercera etapa en una edad más avanzada. Demandan los autores que se adapten las opciones de participación a las mismas individualizando los procesos (Yanguas, 2009; Cordero del Castillo, 2012).

Por otra parte, M. Hernández (1999, 2000) y Salmerón (2012) consideran el género como variable a analizar. Este último señala el incremento de la participación de mujeres mayores en programas sociales como voluntarias de los mismos. En la misma línea, Ballesteros *et al.*, (2018) describen una experiencia participativa que incorpora cuestiones transversales tales como el género, los enfoques de derechos humanos y el paradigma de EA.

La bibliografía nos muestra que son muchos y varios los escenarios de participación, a través de centros socio comunitarios, centros de personas mayores, consejos de participación y entidades del tercer sector entre otras. En todos ellos, los roles y tareas desempeñados por la persona voluntaria mayor resulta ser clave.

Esta relación entre participación y voluntariado como elemento angular del EA, está adquiriendo mayor relevancia desde el TS, fruto de esto es el desarrollo de líneas de investigación al respecto, desde el TS. A modo de ejemplo, desde la Universidad de Valladolid se han elaborado trabajos de fin de grado y de fin de máster con dicha temática (Pozo, 2014; Mozas, 2015; Sánchez, 2015). Iniciativas de voluntariado en residencias de personas mayores; promoción de la participación en el ámbito rural, voluntariado de personas mayores para la promoción de actividades tecnológicas,

físicas y culturales son muestras de dichos textos (R. García, 2014; A. Núñez, 2014; Pozo, 2014; Mozas, 2015; Sánchez, 2015; Malagón-Siria, 2017; C.J. Núñez, 2017).

La participación de la persona mayor como agente voluntario y activo socialmente, contribuye a mejorar la sensibilización social respecto a este colectivo, a combatir prejuicios negativos asociados a esta edad y a dignificar el papel de las personas mayores (Moral, 2017) y actúa como un factor de prevención de la dependencia (Cuesta, 2007, Fernández-García & Ponce de León, 2013). Al respecto de lo anterior se abriría una línea de investigación interesante consistente en el abordaje de los beneficios que conlleva la participación de las personas de edad.

El desempeño de acciones de voluntariado requiere de la intervención profesional que acompañe, forme, supervise y coordine las mismas. En esta línea, los/as trabajadores sociales tienen un papel relevante para fomentar la participación social de la sociedad en general y, específicamente de las personas de edad. Tal y como apunta Ahmed (2013), este profesional promueve un buen envejecimiento y considera la participación de las personas mayores como elemento de empoderamiento de las mismas y como movilizador comunitario. Es decir, las profesionales desarrollan programas que promueven la participación de este colectivo mediante proyectos de voluntariado dirigidos tanto al propio colectivo de personas mayores como orientados a otros grupos sociales (Benabal *et al.*, 2015).

6.7.2. Envejecimiento Activo y participación en acciones intergeneracionales

La participación, como estamos viendo, es un factor clave para envejecer bien y se puede desarrollar de diversas formas. Una de ellas implica poner en relación a diferentes generaciones. La intergeneracionalidad adquiere dimensiones significativas, a ello contribuyó la declaración del 2012 como “Año Europeo del EA y la Solidaridad Intergeneracional”. En dicho año, tal y como expusimos en el capítulo de instrumentos internacionales y comunitarios, se pone el acento en la contribución que las personas de más edad realizan a la sociedad en diferentes ámbitos de acción. En el cuadro que presentamos a continuación, exponemos los principales hallazgos señalados en las referencias bibliográficas relativas a las acciones intergeneracionales

Cuadro 46: TS y EA, acciones intergeneracionales

Hallazgos	Autores
Las acciones intergeneracionales promueven el envejecimiento satisfactorio	Friedman, 1997; Bressler <i>et al.</i> , 2005; Fernández García & Ponce de León., 2013; Rodríguez & Vidal, 2015; Teater, 2016; Delgado & Calero, 2017; Moral, 2017, Rubio <i>et al.</i> , 2017
Efectos positivos a las personas mayores en diferentes dimensiones como la salud física, actividad mental, actividades sociales y relaciones sociales.	Rodríguez & Vidal, 2015; Teater, 2016; Delgado <i>et al.</i> , 2017; Moral, 2017, Rubio <i>et al.</i> , 2017
Beneficios positivos para la sociedad en general disminución de estereotipos negativos	Friedman, 1997; Rodríguez & Vidal, 2015; Teater, 2016; Moral, 2017
Incorporación de los programas intergeneracionales en la cartera de servicios y posibilidad de prescripción profesional	Teater, 2016
Diversidad de acciones intergeneracionales	Friedman, 1997; Rodríguez & Vidal, 2015; Murillo <i>et al.</i> , 2015; Teater, 2016; Delgado & Calero, 2017; Moral, 2017
Incorporación a personas mayores en situación de exclusión social	Teater, 2016
Papel del TS en el desarrollo de programas intergeneracionales	Fernández-García & Ponce de León, 2013, Rubio <i>et al.</i> , 2017

Fuente: Elaboración propia.

El primer aspecto para destacar es el valor de las acciones intergeneracionales para la promoción de un envejecimiento saludable, activo o satisfactorio. Asimismo, también gran parte de los textos aluden a los beneficios positivos que proporcionan para las personas de edad en diferentes ámbitos cognitivos, físicos, sociales y relacionales. En palabras de Moral (2017):

Son las relaciones humanas solidarias, los intercambios socioafectivos, la participación social y comunitaria, y tantos otros procesos psicosociales enriquecedores, los que contribuyen a llenar nuestras vidas en todo grupo etario, de modo que hemos de esforzarnos no en poner barreras, sino en trazar puentes". (p.11)

En concreto, Teater (2016) establece como objetivo de estas unir a las personas en acciones útiles y con beneficio mutuo que promuevan una mayor comprensión y respeto entre las diferentes generaciones implicadas. Por otra parte, las personas de edad mejoran su salud mental y su autoestima al colaborar con generaciones más jóvenes, reduciendo al mismo tiempo el aislamiento social (Teater, 2016).

Los beneficios y consecuencias positivas van más allá de las diferentes generaciones implicadas en los proyectos, ya que supone mejoras sociales para la cohesión social y el desarrollo comunitario (Friedman, 1997; Rodríguez & Vidal, 2015; Teater, 2016; Moral, 2017).

Así, Moral (2017) pone en valor la función educativa y la consiguiente reducción de estereotipos negativos asociados a este grupo de edad:

De este modo, la potenciación del intercambio entre las generaciones en la comunidad contribuye a la reducción de la visión negativista sobre el proceso de envejecimiento, favoreciendo el entendimiento y el progreso social, así como se erigen en una herramienta de reivindicación y transformación social y apoyo a la ciudadanía. (p.7)

Es decir, el desarrollo de proyectos intergeneracionales implica beneficios para todos los agentes implicados (Bressler *et al.*, 2005; Fernández-García & Ponce de León 2013; Teater, 2016). Estos tienen tal relevancia, que algunos países como Reino Unido los han incorporado en su cartera de servicios planteándolos como una alternativa más de atención dentro de los servicios sociales y sanitarios. En esta línea, Teater (2016) apoya que las acciones intergeneracionales puedan ser una estrategia más a contemplar en los planes individuales de atención y que los profesionales puedan prescribir dichos servicios con un cariz preventivo.

Estas acciones se realizan en diferentes escenarios y adquieren formas variadas. En unos casos, se trata de proyectos estables en el tiempo; y, en otros casos, son acciones puntuales que tienen un carácter aislado. El contenido de las mismas es diverso, a modo de ejemplo se puede destacar la transmisión de oficios, tradiciones, acercamiento a las nuevas tecnologías y acompañamiento a personas mayores que viven situaciones de soledad entre otras. En concreto, Delgado & Calero (2017) diferencian entre aquellos encuentros intergeneracionales en el seno familiar de aquellos que se desarrollan fuera del entorno familiar como pueden ser centros públicos cerrados.

En definitiva, los autores consideran interesante llevar a cabo proyectos con estas características, ya que mejoran la comprensión entre las diferentes generaciones implicadas, disminuyen los estereotipos y fortalecen el respeto a las personas mayores (Friedman, 1997; Teater, 2016; Delgado & Calero, 2017; Moral, 2017). Se trata de iniciativas con una función social positiva para las generaciones implicadas y para la sociedad en general.

Teater (2016) insiste en incorporar en dichos proyectos a las personas mayores en situación de vulnerabilidad social, como pueden ser personas en situación de dependencia o con escasos recursos económicos, ya que, de manera habitual, son excluidos de los mismos.

Para concluir el presente epígrafe, hemos de señalar que una gran mayoría de las acciones intergeneracionales son lideradas y coordinadas por trabajadores y trabajadoras sociales disponiendo estos de las habilidades y competencias adecuadas a los objetivos de estos (Fernández García & Ponce de León, 2013, Rubio *et al.*, 2017).

6.7.3. Envejecimiento Activo, participación en otros programas de intervención social

Una vez expuestas las practicas que promueven el voluntariado y los programas intergeneracionales, encontramos en los textos, iniciativas diversas tales como a) actividades deportivas, b) culturales, c) talleres de estimulación de memoria, de informática, d) recreativas, e) de promoción de la salud, f) de convivencia e intergeneracionales, y g) cognitivas (Murillo *et al.*, 2015, p.228). A través de cada una de ellas, se da respuesta a las necesidades e inquietudes de cada persona, adaptándose a sus características y especificidades. A continuación, presentamos en el siguiente cuadro los aspectos más relevantes de estas.

Cuadro 47: TS y EA y otros programas de intervención social

Hallazgos	Autores
Diversidad de programas sociales dirigidos al EA	Marshall & Altpeter, 2005; Amy, 2006; Tiernes, 2011; Cordero del Castillo, 2012; Ludí, 2012; Salmerón, 2012; Bellido, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Arriaza <i>et al.</i> , 2015; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Murillo <i>et al.</i> , 2015; Cuesta & Raya, 2019
Los programas de estimulación cognitiva mejoran las relaciones sociales y el estado anímico	Tiernes, 2011; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León <i>et al.</i> , 2015;
Proyectos de mejora y adquisición de habilidades sociales y desarrollo personal	Murillo <i>et al.</i> , 2015; Santos <i>et al.</i> , 2018
Proyectos vinculados con nuevas tecnologías	Larkin, 2014, Nieto & Castejón, 2017
Papel del TS en el desarrollo de programas que promueven el EA	Marshall & Altpeter, 2005; Amy, 2006; Tiernes, 2011; Cordero del Castillo, 2012; Ludí, 2012; Salmerón, 2012; Bellido, 2013; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Min, 2013; Arriaza <i>et al.</i> , 2015; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Murillo <i>et al.</i> , 2015

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de esta diversidad, los programas de estimulación cognitiva se justifican al probarse que “las personas mayores presentan un rendimiento menor que los jóvenes en tareas de memoria, disponiendo de menor capacidad de procesamiento o de menor cantidad de recursos atencionales, lo que origina un procesamiento deficiente o superficial de la información” (Tiernes, 2011, p. 59). En esta línea, la estimulación cognitiva mejora las relaciones sociales y el estado anímico disminuyendo la depresión (Tiernes, 2011; Fernández-García & Ponce de León, 2013; Ponce de León *et al.*, 2015). Ponce de León *et al.* (2015) consideran que “stimulating social environments appear to be the key to improving not only memory, but also the quality of life in active aging” (p.188). Es decir, mejorar los entornos sociales es un elemento clave para la mejora cognitiva y de

la calidad de vida. Por ello, se hace preciso ofertar a este grupo de edad unos espacios participativos que contribuyan a la atención de sus necesidades.

Junto a la estimulación cognitiva, también se reflejan en la bibliografía otros tipos de proyectos dirigidos a la mejora y adquisición de habilidades sociales y desarrollo personal (Fernández-García & Ponce de León, 2013; Murillo *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2018). Autoconocimiento, asertividad, petición de ayuda y pensamiento positivo son algunas de las cuestiones que se abordan en dichas formaciones normalmente de carácter grupal. Además, existen otros servicios y programas como el termalismo social, preparación a la jubilación, actividad física, aprendizaje a lo largo de la vida y prevención de la soledad, entre otros, que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de las personas (Fernández-García & Ponce de León, 2013). La mayoría de ellos se desarrollan desde centros socio comunitarios como los centros de participación activa. Dichos centros tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la participación en actividades y talleres variados (P. García, 2015). Siguiendo a Arriaza *et al.*, (2015) se trata de centros de promoción del bienestar, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y su relación con el medio social. En estos centros, de carácter social y comunitario, emergen iniciativas variadas de participación en las que el protagonismo corresponde a las personas mayores. En una línea complementaria, las universidades para personas mayores tienen gran importancia ya que posibilitan un espacio para la estimulación cognitiva y para la promoción de relaciones interpersonales (Pato & Tarrío, 2012). Dichos espacios son facilitadores de un EA y con frecuencia, posibilitan que las personas de edad se conviertan en docentes de estas adquiriendo un gran protagonismo (Pato & Tarrío, 2012).

Otro tipo de acciones que destaca la bibliografía se vinculan con la facilitación del acceso a nuevas tecnologías. En ocasiones, dichas iniciativas están relacionadas con acciones intergeneracionales (Larkin, 2014; Nieto & Castejón, 2017). En esta línea, orientan a aprovechar las potencialidades de la tecnología para favorecer un buen envejecimiento y al mismo tiempo facilitar relaciones entre diferentes generaciones.

También observamos que una gran parte de los textos analizados aluden al papel del TS en el desarrollo de programas y recursos sociales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y promover un EA. La promoción del asociacionismo, el voluntariado, el desarrollo de acciones intergeneracionales, entre otros, reflejan la variedad de las competencias profesionales

de esta disciplina, en el desarrollo de programas de intervención psicosocial, donde el enfoque holístico del TS es el elemento básico para desarrollarlas.

6.8. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La lectura de la bibliografía que vincula el TS y el EA, nos proporciona, un elenco significativo acerca de diversas cuestiones que contribuyen a la promoción de este desde esta disciplina. El objetivo que establecemos en este epígrafe es mostrar alguna de las indicaciones apuntadas por los autores, para que el TS avance hacia la promoción del EA. A partir de la diversidad y la riqueza de las mismas, surgen aspectos claves que van a inspirar las intervenciones profesionales. En el siguiente cuadro presentamos las cuestiones generales planteadas en la bibliografía consultada

Cuadro 48: Orientaciones metodológicas generales

Orientación metodológica	Autores
Consideración de la vejez como una etapa natural de la vida	Bosch <i>et al.</i> , 2009; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Salmerón, 2015
Abordaje integral que recoja todas las dimensiones humanas: físico, psicológico y social.	Regato, 2001; Salmerón, 2012
Sensibilización, vinculación positiva del envejecimiento y lucha contra el edadismo.	Barriga, 2010; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; García <i>et al.</i> , 2015; Salmerón, 2015; Giró, 2016, 2017; Moral, 2017
Perspectiva de derechos versus de tutela, dignificar la vejez	Ludí ,2012; Salmerón, 2012; Moral, 2017

Fuente: Elaboración propia

El punto de partida de estas lo constituye la concepción de la vejez, que atiende a un cambio de paradigma. Este, considera la misma como una etapa natural y positiva de la vida (Bosch *et al.*, 2009; Barbosa *et al.*, 2015; Salmerón, 2015). Un momento vital que puede acontecer de diferentes formas atendiendo al estado físico, psicológico o social de la persona (Regato, 2001; Salmerón, 2012) en la cual debe contemplarse al individuo de una manera holística y multidimensional, al atenderle en su totalidad y en relación con el medio en el que se encuentra inmerso. En función de los aspectos biopsicosociales, surgirán necesidades y posibles limitaciones a las que se irán dando respuesta de forma paulatina adaptándose a cada momento (Bosch *et al.*, 2009).

Una gran parte de los autores coinciden en la importancia de atribuir valores positivos al envejecimiento, sensibilizar a la población en general y, en particular, a las propias personas mayores, acerca de dicho proceso vital. Desde este punto de vista se considera que ello, contribuiría a la inclusión de la persona mayor en su medio y a la lucha contra la discriminación por razón de

edad, lo que se conoce como edadismo (Barriga, 2010, citado en Barbosa *et al.*, 2015; García *et al.*, 2015; Barbosa *et al.*, 2015; Salmerón, 2015; Moral, 2017).

Otra cuestión metodológica que aparece en los discursos incorpora la perspectiva de derechos versus la perspectiva de tutela, como elemento imprescindible para dignificar la vejez (Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Moral, 2017; Cuesta, 2018). Implicaría la superación de prácticas orientadas a la necesidad-recurso, y el desarrollo de nuevas propuestas basadas en clave de derechos (Ludi, 2012). Una vez consideradas las cuestiones que presentan un carácter más general destacamos orientaciones de interés para la promoción de políticas de EA desde el TS, los hallazgos se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 49: Orientaciones metodológicas para la promoción de EA desde la perspectiva del TS

Orientación metodológica desde el TS	Autores
Las políticas de EA han de ser inclusivas y aplicarse a todas las personas mayores, han de incluir enfoque de género	Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Foster & Boxall, 2015; Rueda & Zurro, 2019
La planificación y los procesos de investigación para el diseño de políticas de EA han de ser procesos participativos e inclusivos que tengan en cuenta a la diversidad de las personas mayores y favorezcan la implicación de estas en su proceso de envejecimiento	Regato, 2001; Bosch <i>et al.</i> , 2009; Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Ahmed, 2013; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Foster & Boxall, 2015
El TS Comunitario como herramienta clave: empoderamiento comunitario, personas mayores agentes activos y promoción de dimensión intergeneracional	Regato, 2001; Bosch <i>et al.</i> , 2009; Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Ahmed, 2013; Barbosa <i>et al.</i> , 2015; Moral, 2017
Promoción de actividades grupales frente a acciones individuales	Bosch <i>et al.</i> , 2009; Salmerón, 2012
Trabajo en red, coordinación interinstitucional entre los diferentes sistemas de protección	Regato, 2001; Ludi, 2012; Martín, 2012; Min, 2013
Posibilidad de elección individual del modelo de EA	Regato, 2001; Bosch <i>et al.</i> , 2009; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Teater, 2016
Promoción de las políticas preventivas frente a las asistenciales	Regato, 2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo <i>et al.</i> , 2012; Bellido, 2013; Min, 2013
Sistematización de prácticas, validación de herramientas y elaboración de protocolos	Martín, 2012

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los elementos centrales está relacionado con que estas políticas deben dirigirse a todas las personas no sólo a aquellas personas mayores que se encuentran en buen estado físico y/o cognitivo, sino que han de ser unas políticas sociales inclusivas que incorporen tanto a personas mayores con discapacidad (Foster & Boxall, 2015), como a aquellas que tienen necesidades económicas (Ludi, 2012) y también que consideren el género (Salmerón, 2012). En concreto, Rueda & Zurro, 2019 mencionan a aquellas personas no identificadas por los servicios sociales y sanitarios, que se encuentran en situaciones de soledad sin ser atendidos por dichos servicios. Es

decir, han de orientarse a todas las personas mayores incorporando las diferentes vulnerabilidades sociales.

La segunda cuestión se relaciona con la planificación y los procesos de investigación para el diseño de políticas de EA. Los autores apuntan que debe de hacerse a través de procesos participativos e inclusivos que tengan en cuenta a las personas mayores y la diversidad de estas (Regato, 2001; Bosch *et al.*, 2009; Ahmed, 2013; Barbosa *et al.*, 2015; Foster & Boxall, 2015). En esta línea, reconocen la necesidad de que las personas mayores tomen las riendas de su vida y participen activamente en la toma de decisiones acerca de las diferentes cuestiones que les afectan: salud, servicios sociales, educación, tiempo libre, entre otras (Ludi, 2012; Salmerón, 2012). Una tercera cuestión está relacionada con el TS comunitario. Se considera como una herramienta eficaz que posibilita que las personas mayores sean agentes activos (Regato, 2001; Bosch *et al.*, 2009; Ludi, 2012; Salmerón, 2012; Ahmed, 2013; Moral, 2017). Por ello, plantean fomentar estructuras comunitarias participativas estables en las que todas las personas mayores, con independencia de su edad, género, situación económica, sanitaria, etc., puedan decidir y aportar. Dicha recomendación constituye uno de los aspectos más relevantes que emerge de los diferentes textos. De forma complementaria al enfoque comunitario, los autores apuntan a un enfoque intergeneracional que permita que los procesos participativos señalados anteriormente, se desarrollen en un ámbito comunitario, no sólo con personas mayores; sino que se fomenten los proyectos y acciones intergeneracionales (Barbosa *et al.*, 2015; Moral, 2017). Es decir, que no se realicen exclusivamente acciones dirigidas a personas mayores, sino que en la medida de lo posible estas se orienten a la comunidad.

Por otra parte, Bosch *et al.* (2009) y Salmerón (2009) destacan la importancia de priorizar las medidas e intervenciones grupales y comunitarias sobre las individuales. Defienden que en los espacios grupales se abordan cuestiones relacionales y de interacción interpersonal que resultan más satisfactorias para los participantes de estas.

Otra cuestión metodológica apuntada responde a la necesidad del trabajo en red y al desarrollo de intervenciones multidimensionales. Justifican que las intervenciones se deben abordar en diferentes esferas vitales, es decir, las políticas de EA no han de limitarse a dimensiones como la salud y/o la educación; sino que han de contemplarse de forma holística respondiendo a la misma y a la obligación institucional de que los profesionales de los diferentes sistemas intervengan de forma coordinada (Regato, 2001; Ludi, 2012; Martín, 2012; Min, 2013).

Un aspecto altamente interesante y con gran consenso entre los autores (Regato, 2001; Bosch *et al.*, 2009; Cordero del Castillo, 2012; Salmerón, 2012; Teater, 2016) parte del respeto a la diversidad en cuanto a las formas de envejecer, es decir, la aceptación de que no existe un único modelo de EA (*one size for all*); sino que cada persona ha de decidir cómo llevar a cabo su proceso, cómo avanzar en esta etapa vital. La individualización implica generar diversas alternativas y constituiría una fortaleza del profesional del TS: acompañar a la persona en su proceso de envejecimiento.

Otra cuestión destacada se relaciona con la defensa de desarrollar políticas preventivas frente a las asistenciales. Consideran que las acciones orientadas a la promoción de un EA y saludable han de ser una prioridad con la finalidad de que las personas mayores tengan el grado máximo de autonomía posible (Regato, 2001; Marshall & Altpeter, 2005; Redondo *et al.*, 2012; Bellido, 2013; Min, 2013).

Finalmente, Martín (2012) apunta algunos elementos metodológicos básicos de la intervención en TS. Destaca el trabajo interdisciplinar, la atención integral y pone en valor la importancia de validar instrumentos, de elaborar protocolos y de realizar registros. Todo ello permitiría mejorar la eficacia de las intervenciones y sistematizar las prácticas profesionales incrementando la validez científica de las mismas.

A continuación, una vez vistas las orientaciones planteadas por los autores, nos hacemos eco de los retos de futuro que establecen los autores para una mejor promoción del EA.

En primer lugar, el EA ha de ser inclusivo y ha de dirigirse a toda la población mayor. Se ha de tener en cuenta a las personas mayores con discapacidad, las personas en situación de exclusión social o con bajos recursos económicos, a las que se encuentran en soledad no deseada, aquellas que residen en un contexto rural y/o en centros residenciales. Se trata de personas/colectivos que presentan unas necesidades específicas concretas y, por tanto, requieren intervenciones adaptadas desde la perspectiva del TS.

En segundo lugar, destaca la relevancia de facilitar la participación de las personas mayores en los procesos de toma de decisiones, si es posible de forma cualitativa y que las políticas y/o programas no sean planificadas exclusivamente por responsables políticos y técnicos al margen de los principales protagonistas, las personas mayores.

Una tercera cuestión apuntada implica que las políticas de EA debieran abordarse a lo largo del proceso vital de las personas y no sólo a partir de la edad de jubilación. Previamente, se pueden

implementar proyectos intergeneracionales, a través de los cuales ya se educa y sensibiliza acerca de las características y necesidades de la población mayor. En esta línea es importante que también se trabaje en la etapa cercana a la jubilación a través de programas de adaptación y preparación a la misma.

El cuarto reto identificado señala que la intervención de los profesionales del TS ha de atender a criterios como a) atención integral, atendiendo especialmente a las necesidades psicosociales de la persona; b) de individualización, considerar las características específicas de cada persona y de su ecosistema, y c) trabajo en red y coordinación, fundamentalmente en el espacio socio sanitario.

Los autores apuntan la relevancia de reforzar acciones de sensibilización que promuevan el cambio de paradigma que considera las potencialidades de las personas mayores en la sociedad, ya que continúan aportando capital humano. Es decir, contemplar la productividad social más allá de la productividad económica y laboral.

En la misma línea, el sexto reto implica considerar a las personas mayores, y así se torna imprescindible que las personas mayores sean agentes activos de su propio desarrollo, han de decidir, opinar acerca de las cuestiones que les afectan en los diferentes ámbitos de su vida: salud, vivienda, educación, jubilación entre otras. Las políticas sociales orientadas a las personas mayores han de ser realizadas por las propias personas mayores, acompañadas en el proceso de envejecimiento por diferentes expertos entre ellos el perfil profesional de TS.

Una séptima cuestión parte del reconocimiento de la diversidad de estrategias participativas que emplean diferentes herramientas tales como el TS Comunitario, la educación permanente, el voluntariado y consejos participativos. En base a esto han de reforzarse dichas estructuras garantizando la estabilidad en el tiempo de las mismas.

Finalmente, estos desafíos y mejoras planteados por los autores incluyen a los profesionales. Así, proponen, por una parte, el desarrollo de formación específica sobre EA en diversos estudios de grado, en concreto en los estudios de TS, que permita mejorar las competencias y habilidades de estos profesionales para trabajar con este grupo de población. Por otra parte, demandan un incremento de la dotación de estos profesionales ajustando las ratios de atención para permitir una mejor atención social y un adecuado desempeño.

CAPÍTULO 7.

ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ESPAÑA

En este capítulo damos respuesta al objetivo de analizar las políticas de EA que se están desarrollando en España, tanto a nivel nacional como autonómico. Con esta finalidad hemos realizado un análisis documental de los diferentes planes y estrategias de EA. En primer lugar, este trabajo nos ha permitido realizar una categorización de las CCAA en relación con el desarrollo de las políticas de EA, utilizando la técnica de semáforo y valorando las CCAA siguiendo la siguiente escala de color recogida en el capítulo de metodología⁵².

Este análisis nos permite disponer de un primer escenario de desarrollo de políticas de envejecimiento desarrolladas en España desde la aprobación del PAIME (OMS, 2002) cuya información esté disponible en las páginas webs de las CCAA. En segundo lugar, hemos seleccionado los planes y estrategias que incorporan en sus títulos explícitamente el término EA. Se comparan sus objetivos, principios, líneas de actuación y medidas. Estos resultados nos han permitido establecer los elementos comunes de las mismas y los aspectos diferenciadores, identificando lagunas o áreas sin cubrir de las políticas de envejecimiento. La existencia de dichas estrategias ha sido el criterio de análisis para conocer el grado de consolidación de las políticas de EA.

En el siguiente epígrafe presentamos los resultados de la categorización de las CCAA en base a la existencia de planes y/o estrategias de EA conforme a los criterios señalados anteriormente.

⁵²Verde: aquellas CCAA que cuentan planes específicos de EA, tomando como criterio que se haga referencia explícita en el título o subtítulo del mismo. Amarillo: Integrado por CCAA con planes o estrategias dirigidos de manera exclusiva a personas mayores que no tengan en su título o subtítulo, el término EA. Rojo: CCAA que carecen de planes y estrategias vigentes dirigidos a personas mayores.

7.1. ESCENARIO NACIONAL Y AUTONÓMICO DEL ENVEJECIMIENTO

Hasta marzo de 2020, se puede señalar que en España están vigentes los siguientes planes y estrategias que marcan las líneas de intervención de las políticas de EA desde una perspectiva nacional y autonómica. Como marco general, para todo el territorio español contamos con la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2017). La misma presenta un diagnóstico de la situación de las actuaciones en materia de EA y recoge un análisis socio demográfico de las personas mayores en España. La estrategia aborda diferentes cuestiones como son los derechos de los trabajadores y alargamiento de la vida laboral, la participación de las personas mayores en la sociedad y la promoción de vida saludable e independiente. Por otra parte, recoge medidas para las líneas de no discriminación, igualdad de oportunidades y atención a situaciones de fragilidad y vulnerabilidad y también, actuaciones relativas a evitar el maltrato y los abusos a las personas mayores.

A nivel autonómico podemos señalar, tal y como hemos expuesto en el capítulo de metodología que existen tres categorías de CCAA. Las de categoría verde que en la fecha de elaboración del presente trabajo de investigación cuentan con una estrategia de EA. Las de categoría amarilla que cuentan con planes dirigidos exclusivamente a personas mayores y que en su denominación no aparece el término de EA y las integradas en la categoría roja que carecen de planificación vigente en dicha materia.

Presentamos los resultados de esta categorización en el gráfico 11:

Gráfico 11: Planes de envejecimiento de las CCAA de España



Fuente: Elaboración propia.

Como observamos en el cuadro anterior son ocho las CCAA que cuentan con estrategias vinculadas con el EA. En la categoría amarilla se encuentran tres CCAA que tienen en vigencia estrategias o planes exclusivos de envejecimiento; sin embargo, en su título no aparece el concepto EA. La categoría roja, en el momento de realización del presente trabajo de investigación estaba integrada por 6 CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

A continuación, se presentan dichos resultados exponiendo la vigencia y filiación de aquellas que integran la primera categoría:

Cuadro 50: Relación de Estrategias de EA de España

Ámbito	Denominación	Dependencia
Nacional	Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021	Gobierno de España: Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad
Autonómico		
Comunidad Valenciana	Estrategia de EA de la Comunidad Valenciana 2013	Generalitat Valenciana: Consejería de Salud
País Vasco	Estrategia Vasca de EA. 2015-2020.	Gobierno Vasco: Departamento de Empleo y Políticas Sociales
Castilla-La Mancha	Marco de Actuación de EA Castilla la Mancha ⁵³ 2016	Dirección General de Mayores
Galicia	Estrategia Gallega para la Innovación marco de actuación para una vida activa, saludable, independiente y segura. 2016-2020	Xunta de Galicia: Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad
Comunidad Foral de Navarra	Estrategia de EA y saludable de Navarra 2017-2022	Gobierno de Navarra (promovida por el Consejo Interdepartamental de Salud)
Castilla y León	Estrategia de Prevención de la Dependencia para las personas mayores y de promoción EA en Castilla León 2017-2021	Junta de Castilla León: gerencia de Servicios Sociales.
Canarias	Estrategia Canaria de EA 2017-2020	Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda.
Principado de Asturias	Asturias: Estrategia de EA Estrena. 2018-2021	Gobierno del Principado de Asturias: Consejería de Servicios y Derechos Sociales

Fuente: Elaboración propia.

A nivel autonómico son las comunidades de Valencia, Navarra, País Vasco, Galicia, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Canarias y Principado de Asturias aquellas que disponen en sus programaciones de estrategias de EA. La más antigua es la estrategia valenciana, aprobada en el 2013, con una marcada impronta socio sanitaria, que tiene como meta que las personas mayores envejecan de forma saludable, segura y participativa y, al mismo tiempo, reducir la carga de dependencia y discapacidad que sufren las personas mayores. La más reciente es la Estrategia de EA Estrena 2018-2021 aprobada por la comunidad asturiana.

La finalidad de estas es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, tal y como recoge la estrategia navarra en la que se destaca “que la promoción del envejecimiento se produzca con la máxima capacidad funcional y con la mejor calidad de vida, de forma que las personas

⁵³ En la página web no aparece reflejada la fecha de aprobación de este, información facilitada telefónicamente por personal de la Dirección general de Personas Mayores de la Junta de Castilla La Mancha.

permanezcan activas, autónomas e independientes durante el mayor tiempo posible” (Gobierno de Navarra, 2.017, p.9)

Los resultados de la CCAA que componen la segunda categoría se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 51: CCAA con planes de personas mayores vigentes que carecen en el título de la denominación de EA

Comunidad Autónoma	Denominación	Dependencia
Comunidad de Madrid	Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021	Comunidad de Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia
Aragón	Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón 2018	Gobierno de Aragón: Departamento de ciudadanía y derechos sociales
Andalucía	I plan estratégico integral personas mayores en Andalucía: 2020-2023	Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación

Fuente: Elaboración propia.

Son tres las comunidades que cuentan con estrategias dirigidas a personas mayores pertenecientes a esta categoría. Se trata de estrategias y planes aprobados entre el año 2017 y el 2020, es decir, son de reciente aprobación. La más antigua la de la Comunidad de Madrid y la más reciente la de Andalucía.

La última categoría establecida está integrada por aquellas CCAA que carecen de planes y estrategias vigentes dirigidas de manera exclusiva a personas mayores o no son accesibles a través de la web. Es el caso de Cantabria, Cataluña, La Rioja, Islas Baleares, Región de Murcia, Extremadura y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Además de las estrategias y planes señalados anteriormente, en España, existen varios Libros Blancos sobre EA. Estos realizan un diagnóstico de la situación de las personas mayores y presentan recomendaciones para la implementación de las políticas públicas en este ámbito. A continuación, se presentan los Libros Blancos de EA publicados en España tanto de carácter estatal como autonómico.

Cuadro 52: Relación de Libros Blancos de EA de España

Año	Denominación	Filiación	Líneas
2.002	Cataluña: Libro blanco de las personas mayores activas. El papel activo de las personas mayores activas en la nueva sociedad.	Departamento de Bienestar Social	Salud Vida laboral Formación Cultura de ocio activo Preparación a la jubilación Participación
2010	Andalucía: Libro Blanco de EA en Andalucía.	Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y bienestar social	Transversalidad y prospectiva del envejecimiento en Andalucía Vivir en seguridad Vivir saludablemente Participando y construyendo sociedad Vivir en continua formación. Educación a lo largo de toda la vida
2011	Libro Blanco de EA.	IMSERSO	Tendencias demográficas Ciudadanía Posibilidades y limitaciones de la edad Economía Salud Actividad física Educación a lo largo de la vida Participación Imagen de las personas mayores. Protección jurídica Servicios Sociales Viviendas y entornos accesibles Otras cuestiones

Fuente: Elaboración propia

Uno de ellos, elaborado por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011), hace referencia a todo el territorio nacional y los otros dos son fruto del trabajo de las Comunidades Autónomas de Cataluña (2002) y de Andalucía (2010). Se constituyen como un instrumento de análisis sobre la realidad de las personas mayores en dichos territorios. Se trata de herramientas para mejorar la calidad de vida, prevenir situaciones de dependencia y garantizar su situación jurídica, económica y física. Sin embargo, ninguna de estas CCAA tiene elaborado plan ni estrategia de EA, por lo que no forman parte del grupo “verde”.

Dichos documentos parten de los cambios socio demográficos acontecidos y presentan una serie de recomendaciones en materia de EA. Los principales elementos diferenciadores respecto a los planes es que carecen tanto de un carácter vinculante como de compromiso presupuestario para su desarrollo.

7.2. ESTRATEGIAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Los planes de EA tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores desde los enfoques de EA planteado por la OMS y UNECE. En este epígrafe vamos a analizar los planes y estrategias enmarcados en la que hemos definido como categoría verde. Con el objeto de profundizar en los mismos vamos a revisar y analizar estas herramientas realizando un análisis comparativo de las cuestiones principales tales como las líneas estratégicas, los principios y las medidas contempladas en cada uno de los ejes.

7.2.1. Líneas estratégicas de Envejecimiento Activo

Teniendo en cuenta el marco nacional y autonómico, presentamos, en el siguiente cuadro, las líneas estratégicas establecidas en la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2017):

Cuadro 53: Líneas de actuación de Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021

ESTRATEGIA NACIONAL DE PERSONAS MAYORES PARA UN EA Y BUEN TRATO 2018-2021
<ul style="list-style-type: none">• Mejora de los derechos de los trabajadores y alargamiento de la vida laboral• Participación en la sociedad y en sus órganos decisorios• Promoción de vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros• No discriminación, igualdad de oportunidades y atención a situaciones de fragilidad y de mayor vulnerabilidad• Actuaciones relativas a evitar el maltrato y los abusos a las personas mayores

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2017).

De esta manera, la estrategia nacional define las acciones prioritarias a desarrollar relacionadas con diferentes áreas, al igual que lo hacen las diferentes estrategias autonómicas de EA tal y como exponemos en el siguiente cuadro:

Cuadro 54: Líneas de actuación de las estrategias autonómicas de EA

Estrategia de EA de la Comunidad Valenciana 2013
a) Coordinación institucional, gobernanza y participación social, b) formación e investigación sobre EA, c) promoción del EA, protección de la salud y prevención y d) atención integral de los problemas de salud
Estrategia Vasca de EA. 2015-2020.
a) Adaptación de la sociedad al envejecimiento: Un nuevo modelo de Gobernanza , b) anticipación y prevención para envejecer mejor y c) amigabilidad y participación en la construcción de una sociedad del bienestar
Marco de Actuación de EA Castilla la Mancha, 2016.
a) EA y saludable, b) prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal y c) protección de los derechos y calidad de la atención
Estrategia Gallega para la Innovación marco de actuación para una vida activa, saludable, independiente y segura. 2016-2020
a) Las personas como responsables de su propio envejecimiento, herramientas que fomentan una mejor adecuación a una nueva etapa vital: Aprendiendo a envejecer, b) modelos innovadores para la construcción de experiencias empoderadoras para un EA saludable y una vida autónoma, c) cambio de paradigma social: aprovechamiento de las oportunidades que brinda la revolución de la longevidad y d) ejes transversales: perspectiva de género, ámbito rural y discapacidad
Estrategia de EA y saludable de Navarra 2017-2022
a) Participación y acción social, b) educación, formación y aprendizaje, c) promoción de estilos de vida saludables, d) servicios sociales, de salud y comunitarios, e) cuidar y cuidarse, f) seguridad económica, social y laboral, g) ciudades, pueblos y barrios accesibles, activos y seguros, h) viviendas y residencias activas y seguras, i) información y comunicación social. Imagen social y j) investigación, innovación y desarrollo regional
Estrategia de Prevención de la Dependencia para las personas mayores y de promoción EA en Castilla y León 2017-2021
a) La Persona: prevención promoción de autonomía; mejora de calidad de vida, sociedad de bienestar y aprendizaje a lo largo de la vida, b) los Entornos: socio familiar, comunitario, accesible y amigable y c) experiencias innovadoras.
Estrategia Canaria de EA 2017-2020
a) Igualdad y dignidad, b) bienestar y promoción de la salud, c) participación, intercambio de experiencias y corresponsabilidad, d) infraestructuras y medios, e) procedimientos y revisión de normativa y f) educación ambiental y hábitos de sostenibilidad.
Asturias: Estrategia de EA Estrena. 2018-2021
a) Gobernanza, b) envejecer bien, c) sociedad inclusiva, accesible y amigable y d) hacia un modelo de desarrollo vinculado a las personas mayores

Fuente: Elaboración propia a partir de los planes de EA autonómicos.

Desde un análisis cronológico comenzamos por la *estrategia de la Comunidad Valenciana*, que data de 2013. Se trata de la primera estrategia de EA aprobada en el territorio español. Dicho documento presenta un perfil sanitario. Sus líneas estratégicas se orientan a la prevención y atención de patologías, fundamentalmente desde el sistema de salud.

En segundo lugar, se aprueba la *Estrategia Vasca de EA, 2015-2020*. Esta presenta un carácter innovador que se caracteriza por un enfoque integral y multidimensional basado en diversas aportaciones de organismos internacionales y comunitarios como la OMS y el AAI (UNECE). Manifiesta la inquietud ante la “revolución de la longevidad” derivado del desafío demográfico. Plantea el reconocimiento de los derechos de las personas mayores a una ciudadanía plena basado en un modelo de gobernanza que posibilite políticas transversales.

En el año 2016, son dos las comunidades que ponen en marcha iniciativas de EA: Castilla-La Mancha y Galicia. En el caso de la primera, el *Marco de Actuación de EA Castilla la Mancha* orienta las acciones relativas a esta materia. Se compone de tres ejes de actuación que se dividen en ocho programas y ponen el acento en la prevención de la dependencia, la protección de los derechos y el EA y saludable.

En segundo lugar, en dicho año, la comunidad gallega aprueba la *Estrategia Gallega para la Innovación marco de actuación para una vida activa, saludable, independiente y segura. 2016-2020*. Esta sitúa a la persona mayor como responsable del proceso de envejecimiento y establece herramientas que permitan una optimización del proceso de envejecimiento. Cuestiones como preparación a la jubilación, empoderamiento y cambio de paradigma se encuentran presentes en dicho documento. También incorpora líneas transversales de género, ámbito rural y discapacidad. En el año 2017, la Comunidad Foral de Navarra, Castilla y León y Canarias aprueban sus propias estrategias autonómicas sobre EA. Todas ellas con un enfoque multidimensional que permiten un abordaje integral de los procesos de envejecimiento. En el caso de la *Estrategia de EA y saludable de Navarra 2017-2022* se basa en los determinantes del EA expuestos por la OMS (2002): económicos, sociales, servicios sociales y culturales, comportamentales, personales, entorno físico y como transversales el género y la cultura; y, orienta dicha estrategia a que el envejecimiento “se produzca con la máxima capacidad funcional y con la mejor calidad de vida, de manera que las personas permanezcan activas, autónomas e independientes el mayor tiempo posible” (Gobierno de Navarra, 2017,p.7). Como apuntamos en el cuadro anterior, las áreas estratégicas que aborda son diversas y buscan dar respuesta a la complejidad y amplitud del concepto de EA.

Por otra parte la *Estrategia de Prevención de la Dependencia para las personas mayores y de promoción EA en Castilla y León 2017-2021*, al igual que la de País Vasco, por una parte, revisa los planes, estrategias regionales, nacionales e internacionales vinculados al envejecimiento y, por otra, presenta el perfil sociodemográfico, e incorpora cuestiones como la estructura de la

población, los desequilibrios territoriales, los cambios en las estructuras familiares, en la salud, en los cuidados, en los servicios profesionales y formales, en el entorno, en el empleo y en el tiempo libre. Dicho documento establece en su marco conceptual cuestiones tan relevantes e innovadoras como la atención centrada en la persona, el paradigma del EA y la influencia preventiva de actuar en los entornos. Todo ello inspira los diferentes ejes estratégicos vinculados a la persona y al entorno.

La tercera estrategia aprobada en el año 2017 es la *Estrategia Canaria de EA 2017-2020*. Dicho documento se justifica con una aproximación socio demográfica breve de dicha comunidad y apunta alguna característica vinculada a las personas mayores tales como los ingresos, la educación y la salud entre otras. Posteriormente, identifica seis ejes estratégicos entre los que destaca la igualdad y la dignidad. Reconoce a este grupo etario como sujeto de derechos y garantiza la universalidad de los servicios.

La *Estrategia de EA Estrena, 2018-2021 de Asturias*, es la última de las estrategias que entran en vigor. Dicho documento realiza una descripción socio demográfica de dicha comunidad y reflexiona sobre los nuevos perfiles de este colectivo. Destaca distintas aportaciones de organismos internacionales y comunitarios abordándolos de manera cronológica. Todo ello contribuye a orientar los ejes de dicha estrategia que se basan en el reconocimiento de los derechos que conlleva un nuevo modelo de gobernanza.

En definitiva, observamos cómo en un periodo corto, de cinco años desde 2013-2018, la cuestión de EA ha cobrado un peso significativo en las agendas políticas. En un primer momento, con una visión más reduccionista ligada al componente físico. Posteriormente, se ha ido nutriendo de otros determinantes adoptando una dimensión integral. En la actualidad, un total de ocho comunidades autónomas cuentan con una herramienta de planificación que sitúa al EA como un eje prioritario de las políticas sociales de envejecimiento.

7.2.2. Principios de las estrategias de Envejecimiento Activo

Uno de los elementos de análisis son los principios que van a servir de guía y orientación en las estrategias. Hemos tenido en cuenta los principios recogidos en los diferentes documentos ya que entendemos que constituyen elementos clave que van a definir y a orientar las líneas estratégicas y las medidas, en una u otra dirección. Aportan cuestiones éticas y valores que impregnan las mismas. A continuación, en el cuadro 56, exponemos los principios de las estrategias, teniendo en

cuenta que los cinco primeros se refieren a los apuntados por la ONU (1991) y los siguientes están presentes en el resto de las estrategias

Cuadro 55: Principios comunes de las estrategias de EA

	Principio	Estatal	Valencia	P. Vasco	Galicia	C.-La Mancha ⁵⁴	Navarra	Castilla y León	I. Canarias	P. Asturias	Total
Principios para las personas de edad (ONU, 1991)	Independencia/ autonomía										6
	Dignidad										7
	Participación										7
	Asistencia/atención										4
	Realización/ autodeterminación										5
	Equidad social/igualdad de oportunidades										7
	Solidaridad intergeneracional										4
	Derechos Humanos										3
	Corresponsabilidad										3
	Igualdad de género										3
	Promoción de salud										2
	Incorporar EA en las políticas										2
	Integral										

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, destacamos la diversidad de los principios recogidos en las distintas estrategias, ya que en estas se reflejan cuestiones relacionadas tanto con los derechos humanos, los principios de las personas de edad (ONU, 1991) y cuestiones de carácter más operativo, como la incorporación de las cuestiones de EA en el resto de las políticas o la coordinación institucional. No obstante, observamos diferencias en cuanto a la conceptualización de estos principios.

Atendiendo a su presencia, hemos de apuntar que las diferentes estrategias recogen en gran medida los principios de la ONU (1991) para las personas mayores. Podemos diferenciar tres grupos. El primero de ellos integrado por los principios con mayor presencia, señalados por cinco o más estrategias: dignidad, participación, equidad social, independencia y autodeterminación o realización. De estos, cuatro son principios planteados por Naciones Unidas como inspiradores

⁵⁴ En el caso del Marco de Actuación del EA de Castilla de La Mancha carece de apartado específico de principios por ello se han tenido en cuenta aquellos que aparecen en la misión de la misma.

para la atención a las personas de edad (ONU, 1991). Un segundo grupo, conformado por aquellos que tienen presencia en tres o cuatro estrategias tales como la atención, la asistencia, solidaridad intergeneracional, los derechos humanos, la corresponsabilidad y la igualdad de género. En el último grupo, se incluyen aquellos principios con presencia en dos estrategias tales como la promoción de la salud, la incorporación del enfoque de EA en las políticas y el abordaje integral. Desde el punto de vista del contenido de estos, los principios de la ONU son orientaciones que se configuran como derechos de todo ser humano. En concreto, la dignidad como derecho de cada individuo a ser tratado con respeto y luchar contra los estereotipos asociados a la edad; la participación como elemento clave del proceso de envejecimiento que implica el derecho a que las personas sean protagonistas activas de todas aquellas cuestiones que les afecten y, por último, la autonomía e independencia tanto a nivel físico como para la toma de decisiones.

Siguiendo con los principios de las personas mayores, la asistencia y la realización figuran en las declaraciones de principios de la estrategia estatal y también de las más recientes (Comunidad Foral de Navarra, Castilla y León, Canarias y Principado de Asturias). La asistencia implica que las personas mayores reciban los apoyos y atención necesarios para su mejor envejecimiento y la realización que estos sean los protagonistas de su vida y tengan satisfacción vital

En definitiva, observamos, que, en gran medida, todas las estrategias de EA se hacen eco de los principios apuntados por la ONU (1991), poniendo en valor los instrumentos internacionales dirigidos a este colectivo de población. En esta línea, son varios los documentos que apuntan como principio o guía los derechos humanos (Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana y la nacional) reconociendo la importancia de incorporar el enfoque basado en derechos humanos a las intervenciones con las personas mayores.

Otro principio que aparece con frecuencia es la equidad social. Esta promueve la igualdad de oportunidades de las personas mayores con independencia del medio en el que vivan, su género, presencia de discapacidad, entre otras cuestiones. De manera explícita son tres las estrategias que recogen como principio la igualdad de género (Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana y Principado de Asturias). Esto refleja la importancia que se le otorga al género como posible factor de discriminación y la importancia de implementar medidas específicas dirigidas a las mujeres mayores.

La solidaridad intergeneracional se recoge expresamente como principio en cuatro de las estrategias apuntadas. Promueve el respeto a este grupo de edad y se basa en las interrelaciones y el beneficio mutuo derivado de las acciones entre diversas generaciones.

La corresponsabilidad, entendida como el compromiso de los diferentes agentes implicados para promover el EA, también se encuentra presente en tres de las estrategias apuntadas (País Vasco, Galicia y Canarias).

De sus lecturas observamos que otros principios también aparecen en las estrategias, si bien, carecen de un carácter generalizado. Así, la dimensión integral para el abordaje del EA está presente explícitamente en dos de ellas (estatal y Castilla y León). Al igual que la promoción de la salud que se apunta en la de la Comunidad Valenciana y en la de Castilla y León. El principio de incorporación de las políticas de EA en las diferentes políticas desarrolladas encuentra presencia también en dos documentos (estatal y valenciana). Finalmente, otros principios aparecen recogidos con carácter puntual. A modo de ejemplo, la estrategia de Castilla y León apunta la individualización, el carácter universal y la sostenibilidad como guías de esta.

Todos estos valores van a conformar el elenco de principios inspiradores de las intervenciones con personas mayores con la finalidad de optimizar el proceso de envejecimiento. En el siguiente epígrafe presentamos las grandes líneas, así como las principales medidas de cada estrategia.

7.2.3. Medidas de las estrategias de Envejecimiento Activo

Como estamos viendo a lo largo del presente capítulo estas estrategias reflejan la orientación política y social de abordar el envejecimiento con una perspectiva de participación, igualdad, equidad y garantía de derechos universales. Para profundizar en las mismas una vez contrastados los principios vamos a identificar y comparar las áreas y/o líneas de intervención y las medidas planteadas para conseguir los objetivos que se establecen para cada una de las áreas. Basándonos en los cuadros 53 y 54 que identifica las líneas estratégicas establecidas en cada plan, profundizaremos en las medidas contempladas en cada uno de ellos, realizando una comparativa de las mismas. Para este análisis, tomaremos como referencia los ejes establecidos en la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021 que son los siguientes:

- Mejora de los derechos de los trabajadores y alargamiento de la vida laboral
- Participación en la sociedad y en sus órganos decisorios
- Promoción de vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros

- No discriminación, igualdad de oportunidades y atención a situaciones de fragilidad y de mayor vulnerabilidad
- Actuaciones relativas a evitar el maltrato y los abusos a las personas mayores

Se trata de grandes líneas estratégicas relacionadas con empleo, participación, promoción de vida saludable y entornos, igualdad de oportunidades y, por último, prevención de malos tratos y abusos. A continuación, guiándonos en las líneas de la estrategia nacional vamos a relacionarlas con las medidas contempladas en las autonómicas, para un posterior análisis acerca de las mismas. Si bien es cierto, que todas las estrategias contemplan medidas de los cinco bloques señalados, encontramos diferencias en cuanto a la orientación y la intensidad de estas.

7.2.3.1. Línea estratégica relativa al Empleo

Esta línea consiste en la “*mejora de los derechos de los trabajadores y alargamiento de la vida laboral*”. Se parte de que el empleo es una dimensión de gran trascendencia y ello se refleja en la cantidad y variedad de medidas incluidas en la mayor parte de estas, tal y como recogemos en el siguiente cuadro:

Cuadro 56: Medidas de la línea Empleo en las estrategias autonómicas

Empleo: Mejorar los derechos de los trabajadores. Mayores y alargar vida laboral	Nacional	Valencia	Galicia	Navarra	Castilla Y León	País Vasco	Asturias	Castilla-La Mancha	Islas Canarias
Educación y formación profesional permanente									
* transición edad jubilación ⁵⁵									
Condiciones de trabajo sanas y de calidad									
Gestión de edad jubilación									
Fiscalidad favorable empleo y beneficios. Edad de jubilación									
Evitar discriminación por edad en empleo									
Transferencia de buenas prácticas									
Conciliación de trabajo y cuidados									

Fuente: Elaboración propia.

⁵⁵ Se trata de una submedida integrada dentro de la educación y formación profesional permanente.

El primer grupo de medidas está vinculado con la “Educación y formación profesional permanente” y ponen en valor la diversidad de programas formativos que favorezcan la permanencia del trabajador/a en el mercado laboral, a través de cuestiones relacionadas, principalmente, con las nuevas tecnologías; aunque destacan aquellas que facilitan la transición a la edad de jubilación. Esta medida es la única del presente bloque recogida en todas las estrategias analizadas.

Un segundo grupo de medidas se vincula con la creación o mantenimiento de unas condiciones de trabajo sanas y de calidad. Incluye temas como la adaptación de los puestos de trabajo; la implementación de programas que mejoren la salud de los trabajadores mayores; y, en muchos casos, el establecimiento de disposiciones que posibiliten un alargamiento de la vida laboral. Estas medidas se encuentran presentes en todas las estrategias analizadas salvo las de Castilla-La Mancha, Comunidad Valencia e Islas Canarias.

Con igual presencia en los planes, el tercer grupo de medidas que encontramos están relacionadas con la gestión de la edad de jubilación que incluye algunas cuestiones, adaptadas al ámbito de sus competencias, tales como limitar las jubilaciones anticipadas, la prolongación de la edad de jubilación y la flexibilización del tránsito de la actividad laboral plena a la jubilación.

En línea con lo anterior, otro grupo de acciones busca promover una fiscalidad favorable al empleo estableciendo beneficios para los mayores de 55 años. En este caso sólo están la estrategia navarra, vasca y gallega, además de la nacional.

El quinto grupo busca evitar la discriminación por razón de edad en el ámbito laboral, se plantean medidas tales como desarrollo de acciones de discriminación positiva, formación que facilite la inserción laboral, promoción de una visión positiva de las personas mayores e incorporación en los planes de empresa de programas que promuevan el intercambio intergeneracional. Las medidas vinculadas en esta línea se encuentran en las estrategias de Galicia, Comunidad Foral de Navarra, Castilla y León y del principado de Asturias.

Una sexta línea responde a la transferencia de buenas prácticas incluyendo medidas que promueven el intercambio de experiencias y conocimientos entre trabajadores de distintas generaciones. Estas medidas sólo las incorporan las estrategias vasca y gallega.

La séptima y última línea está relacionada con acciones que buscan promover la conciliación del trabajo y los cuidados familiares. Las comunidades de Galicia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco recogen medidas con esta finalidad. Apuntan cuestiones tales como las necesidades de los

trabajadores/as mayores que han de compatibilizar su trabajo con el cuidado de personas con dependencia. A modo de ejemplo la estrategia del País Vasco incluye la perspectiva de género y establece propuestas para mejorar la conciliación de la vida familiar y laboral: “Reforzar las políticas de igualdad, corresponsabilidad y conciliación de la vida familiar, personal y laboral, para liberar parte del tiempo que dedican las mujeres mayores al cuidado y al hogar, y reconducirlo a su crecimiento personal y social” (Gobierno Vasco, 2015, p. 46).

Visto lo anterior, destacamos que la dimensión de empleo se encuentra parcialmente presente en las estrategias de EA, observando diferencias significativas en el abordaje de estas. Aspectos como la importancia de los programas formativos y en concreto aquellos facilitadores a la jubilación, mantener unas condiciones de trabajo sana y la gestión de la edad de jubilación constituyen los aspectos clave de esta línea.

7.2.3.2. Línea estratégica relativa a la *Participación Social*

Con relación a la línea estratégica de “*Participación en la sociedad y en sus órganos decisorios*” observamos que está presente en todas las estrategias estudiadas como se ve en el siguiente cuadro:

Cuadro 57: Medidas de la línea *Participación social* en las estrategias autonómicas

<i>Participación Social</i>	Nacional	Valencia	Galicia	Navarra	Castilla y León	País Vasco	Asturias	Castilla-La Mancha	I Canarias
Inclusión social personas mayores									
Voluntariado y asociacionismo									
Aprendizaje a lo largo de la vida, formación y brecha digital									
Participación toma de decisiones									
* Mejorar la imagen social									
Seguridad ingresos									

Fuente: Elaboración propia.

La primera medida de este bloque implica “*fomentar la inclusión social de las personas mayores*”. En esta línea, todas las estrategias comparten medidas para su consecución, es decir, existe un consenso en la promoción de la inclusión social, la prevención de situaciones de exclusión y el aislamiento social o soledad no deseada.

La segunda medida que busca “*promover y apoyar el voluntariado de jubilados y de personas mayores*”. Se encuentra presente en todas las estrategias, salvo en la de Valencia. Con medidas

tales como visibilizar la acción voluntaria, eliminar los problemas administrativos derivados del voluntariado y la creación de redes de voluntariado y de asociaciones de personas mayores. Destacan por otra parte, acciones como la promoción de acciones de voluntariado con un perfil intergeneracional y el impulso de los centros de personas mayores como agentes de socialización y de promoción de la autonomía.

Una tercera cuestión en el área de participación consiste en “*reducir la brecha digital y apoyar el aprendizaje permanente de las personas mayores*”. Al igual que los anteriores tiene una gran presencia en las estrategias autonómicas. Todas ellas, sin excepción, apuntan medidas tales como oferta de aprendizaje variado a lo largo de la vida en general y, en concreto, con oferta formativa para personas mayores universitaria y no universitaria; adecuación de la oferta cultural a las necesidades y demandas de este grupo de edad, con la finalidad de que adquieran habilidades y competencias, formación específica en TIC para disminuir la brecha tecnológica, formación en EA a profesionales que intervienen con persona mayores y, por último, inclusión de personas mayores como formadores en comunidad, bien en centros educativos, culturales o sociales, o bien en la dimensión intergeneracional apuntada anteriormente.

La cuarta medida recogida en la Estrategia Nacional es la “*participación en la toma de decisiones*”. Al igual que en las anteriores encontramos medidas en todas las estrategias autonómicas que comparten esta finalidad. Incluyen entre otras las siguientes acciones: favorecer la participación política activa, incremento de la presencia en órganos participativos y consultivos de la administración como consejo de personas mayores, o foros ciudadanos, entre otros. Dentro de esta línea, las estrategias destacan mejorar la imagen social de las personas mayores, incrementando la presencia de estas en los medios de comunicación social y transformando la visión negativa tradicional por una positiva, activa y participativa.

La última medida de este bloque está vinculada con “*la seguridad de los ingresos*”. Se trata de una línea con escasa presencia en las estrategias. Solo es compartida por las de la Comunidad Foral de Navarra y País Vasco. En el primer caso, señala medidas vinculadas a garantizar pensiones dignas y mantener la capacidad adquisitiva de las pensiones, así como abordar y disminuir la brecha de género. En concreto, la estrategia navarra dedica una línea a la seguridad económica, social y laboral e incorpora medidas fiscales para rentas bajas y ayudas de emergencia social. La estrategia vasca busca reducir la brecha tanto salarial como de pensiones.

Para concluir con la dimensión de Participación social está presente en todas las estrategias de EA, siendo considerada por las mismas como un elemento clave. Cuestiones como la inclusión social, la promoción del voluntariado, la participación en diferentes espacios vitales y el aprendizaje a lo largo de la vida configuran y refuerzan el cambio de paradigma vinculado a los nuevos escenarios de envejecimiento.

7.2.3.3. Línea estratégica relativa a la *Vida Saludable y el Entorno*

El tercer eje de la Estrategia nacional se denomina “*Promoción de la vida saludable e independiente, en entornos adecuados y seguros*”. En el siguiente cuadro se recogen las medidas relativas a esta línea.

Cuadro 58: Medidas de la línea *Vida saludable y Entorno* en las estrategias autonómicas

<i>Vida Saludable y Entorno</i>	Nacional	Valencia	Galicia	Navarra	Castilla León	País Vasco	Asturias	Castilla- La Mancha	Islas Canarias
Prevención dependencia y fomento de la salud (sociosanitario)									
Promover alojamiento y servicios adaptados									
Autonomía en los cuidados de larga duración (en su hogar)									
Apoyo cuidadores no profesionales									
Entornos accesibles y seguros									

Fuente: Elaboración propia.

La primera medida dentro de este apartado busca *fomentar la salud, prevenir enfermedades y promover la autonomía personal*. Como recoge el anterior cuadro todas las estrategias de EA incorporan acciones en dicha línea. Cuestiones que favorecen el autocuidado como los programas de actividad física, estimulación cognitiva, desarrollo personal, prevención de accidentes, hábitos saludables, termalismo social del IMSERSO entre otros.

Las cuestiones vinculadas de forma específica con el sistema de salud están presentes en las estrategias. Algunas de ellas implican el desarrollo y fortalecimiento de modelos territoriales de salud (primaria, socio sanitario y especializado), mejora de la atención geriátrica y de la salud mental de las personas mayores, realización de cribados a pacientes crónicos o pluripatológicos.

Todas las estrategias coinciden en un aspecto que apuntan como imprescindible para desarrollar eficazmente los objetivos que promueven un EA. Se trata de la coordinación socio sanitaria, el

llamado espacio socio sanitario que implica la intervención conjunta y en red de los sistemas de salud y el de servicios sociales. Señalan a su vez, la atención a las personas mayores que se encuentran en situaciones de fragilidad o vulnerabilidad estableciendo medidas que promueven escenarios sociosanitarios adecuados a sus circunstancias.

Podemos destacar la estrategia de Castilla y León que en la línea estratégica 1 habla de la prevención, la promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores. Pone el acento en la capacidad de las personas para tomar decisiones y elaborar su propio proyecto vital, vinculándolo con la autodeterminación, es decir, observamos un salto cualitativo que sitúa a la persona como protagonista, superando enfoques que presentaban a la persona mayor como receptora de actividades y programas. Algunas estrategias contemplan la creación de servicios de orientación individualizada en procesos de envejecimiento.

La segunda línea busca *“promover alojamientos y servicios adaptados”*. Todas las estrategias, salvo la valenciana, se hacen eco del deseo de las personas mayores de envejecer en su casa y esta orientación guía las estrategias incorporando medidas que posibiliten la atención y cuidados en el domicilio. Las estrategias adquieren un enfoque promotor de servicios a la proximidad. Esto se refleja en ayudas económicas para la adaptación de viviendas, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y otros sistemas telemáticos que promuevan la permanencia de la persona mayor en su entorno. En esta línea, algunas estrategias exploran nuevas formas de alojamiento tales como *cohousing*, vivienda tutelada o espacios de convivencia intergeneracional, que posibiliten la prestación de servicios y apoyos necesarios.

Por otra parte, destacamos que las estrategias se hacen eco de la diversidad y la heterogeneidad de las personas mayores, exponiendo en las mismas las necesidades que pueden tener las personas mayores con discapacidad, las que vivan en un medio rural, las mujeres, o aquellas que se encuentren en situación de exclusión o vulnerabilidad social, generando respuestas específicas a las mismas.

Avanzando con las medidas de vida saludable e independiente, presentamos en tercer lugar la línea *“aumentar al máximo la autonomía en los cuidados de larga duración”*. Todas las estrategias recogen medidas vinculadas a esta línea, salvo la valenciana, la asturiana, la canaria y la vasca. Señalan cuestiones como la elección y la voluntariedad de cada persona mayor para decidir dónde y cómo quiere vivir. Hacen referencia a las residencias de personas mayores como centros que se basen en una metodología de atención centrada en la persona y que promuevan el EA y saludable.

Otra de las líneas del presente epígrafe implica “*apoyar a los cuidadores no profesionales*”. En este caso, todas las estrategias contemplan medidas para mejorar la calidad de vida de los cuidadores no profesionales. Se incluyen iniciativas que promueven la creación de recursos para este tipo de cuidadores y a familiares, tales como programas formativos en habilidades y capacidades, de respiro, grupos de ayuda mutua, ayudas para la conciliación de la vida laboral y familiar y servicios de acompañamiento. Las estrategias se hacen eco de la necesidad de reconocer la labor social de las personas cuidadoras, en especial, de aquellas que tienen una edad avanzada, así como de incorporar la dimensión de género masculinizando los cuidados.

Una última línea hace referencia a “*facilitar entornos, productos y bienes accesibles y seguros*”. Se concreta a través de medidas vinculadas con la accesibilidad universal que posibiliten la inclusión social de las personas mayores. Cuestiones como el transporte seguro y accesible, la seguridad vial y la eliminación de barreras arquitectónicas, y la generación de entornos amigables están presentes en la mayoría de las estrategias de EA, salvo en la de Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana. Algunas estrategias incorporan el concepto de sostenibilidad como elemento clave de estas, es el caso de la estrategia canaria que establece una línea denominada educación ambiental y sostenibilidad y posibilita la implicación de este colectivo en acciones para la sostenibilidad de los recursos. En definitiva, se refleja en los diferentes documentos la preocupación acerca de los entornos donde viven las personas mayores y, para ello, plantean la incorporación de la perspectiva de envejecimiento a nivel territorial y urbanístico.

Como hemos observado, esta dimensión tiene una gran presencia en las estrategias de EA. Se recogen cuestiones como la prevención de la dependencia; el fomento de la autonomía; el fortalecimiento de los sistemas de servicios sociales y el sanitario; y la creación de espacios sociosanitarios; la atención a las personas cuidadoras; a aquellas que precisan de cuidados de larga duración y el mantenimiento de entornos accesibles y seguros.

7.2.3.4. Línea estratégica relativa a la *Igualdad de oportunidades*

La siguiente línea denominada “*No discriminación, igualdad de oportunidades y atención a situaciones de mayor vulnerabilidad*” se basa en cuestiones tan relevantes como: prevención del edadismo, igualdad de oportunidades, buen trato a las personas mayores y atención a las personas mayores más vulnerables. En el siguiente cuadro identificamos las medidas principales del mismo y la presencia de estas en las estrategias.

Cuadro 59: Medidas de la línea Igualdad de oportunidades en las estrategias autonómicas

<i>Igualdad de oportunidades</i>	Nacional	Valencia	Galicia	Navarra	Castilla y León	País Vasco	Asturias	Castilla La Mancha	Islas Canarias
Derechos, no discriminación e igualdad									
Medidas con perspectiva de género									
Personas mayores vulnerables con discapacidad, o dependencia									
Trato digno									

Fuente: Elaboración propia.

La primera de ellas denominada en la estrategia nacional “*Garantizar los derechos de las personas mayores, la no discriminación y la igualdad de oportunidades*”; incluye acciones, tales como la eliminación de estereotipos, aquellas que aseguran la igualdad de las personas mayores con el resto de la población y planes de autoprotección, entre otras. Está presente en todas las estrategias autonómicas salvo en la valenciana.

Una segunda medida de este eje está vinculada con la “*perspectiva de género*”. Las estrategias políticas se hacen eco de la discriminación existente y se refleja tanto en la incorporación de la igualdad de género como principio que debe de guiar las estrategias, que son el caso de la comunidad valenciana, gallega y navarra, y/o en el desarrollo de medidas concretas como realizan Castilla y León, País Vasco, Principado de Asturias y Comunidad Foral de Navarra. En cuanto a las acciones planteadas para el abordaje de esta línea son variadas, ya que se trata de un enfoque transversal que ha de impregnar todas las estrategias. Cuestiones como el desarrollo adecuado de Planes de Igualdad, de la Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral, del sistema de pensiones son abordadas en la estrategia nacional. Por otra parte, las autonómicas en su ámbito competencial recogen medidas vinculadas a las personas cuidadoras y al ámbito laboral, entre otras. En definitiva, se trata de promover el diseño de políticas de EA con perspectiva de género.

Avanzando en el eje de la igualdad de oportunidades, la tercera línea hace referencia a la “*situación de las personas mayores con discapacidad, fragilidad o situación de dependencia*”. La mayoría de las estrategias, salvo la valenciana, la vasca y la castellanomanchega, recogen en el desarrollo de sus medidas la especial protección requerida a diferentes grupos que se pueden encontrar en

situaciones de fragilidad y/o vulnerabilidad debido a diversos factores. La estrategia nacional se centra de manera especial en las personas mayores con discapacidad y desarrolla diferentes grupos de medidas en las áreas de autonomía personal, salud, participación, legislación, empleo y cultura. El resto de las estrategias, al igual que la nacional, recogen en sus medidas diferentes factores que pueden actuar con un componente discriminatorio tales como la edad avanzada, el ámbito rural frente al urbano, la presencia de discapacidad, la orientación sexual, encontrarse en una situación de vulnerabilidad o exclusión social entre otras. Situaciones que requieren medidas de apoyo y atención complementaria para un abordaje eficaz tal y como apuntan las estrategias.

La cuarta y última línea del presente eje tiene la finalidad de asegurar un “*trato digno a las personas mayores*”. Esta línea es recogida por todas las estrategias de EA salvo por la valenciana. En las mismas aparecen medidas que tratan de asegurar que las personas mayores tengan los mismos derechos que el resto de la población, que impliquen respeto a su capacidad de decisión, respeto a su intimidad, a su confidencialidad y privacidad. A estas se pueden añadir otras cuestiones como el fortalecimiento de procedimientos tales como el consentimiento informado, las instrucciones previas, detección de necesidades de apoyo desde el área del TS y sanitaria e implicación de los cuerpos y fuerzas de seguridad

Se hace preciso reseñar que la estrategia vasca hace referencia a “*Cien Propuestas para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen. Bases para un Plan de Acción*” elaborado por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales (2010). Dicho documento es reflejo de la preocupación por parte de los poderes públicos sobre la presente cuestión y establece medidas dirigidas a la promoción del buen trato.

En conclusión, garantizar los derechos de las personas mayores y, en concreto, la igualdad de oportunidades es otro de los elementos clave que aparecen en las estrategias. Recogen así la diversidad de la población mayor y se hacen eco de la existencia de factores de riesgo que pueden generar escenarios de vulnerabilidad siendo preciso desarrollar acciones de protección eficaces.

7.2.3.5. Línea estratégica relativa a la *Prevención de malos tratos y abusos a personas mayores*

La última línea incorporada en la estrategia nacional comprende las actuaciones destinadas a evitar los “*malos tratos y abusos a las personas mayores*”. La mayoría de las estrategias, salvo las de la Comunidad Valenciana y País Vasco, reconocen la necesidad de intervenir en dichas

problemáticas. En el siguiente cuadro vamos a presentar las medidas que la concretan, así como su presencia en las estrategias de EA de carácter autonómico:

Cuadro 60: Medidas de la línea *Prevención del maltrato y abusos* en las estrategias autonómicas

<i>Prevención de malos tratos y abusos a las personas mayores</i>	Nacional	Valencia	Galicia	Navarra	Castilla y León	País Vasco	Asturias	Castilla La Mancha	Islas Canarias
Sensibilización, toma de conciencia									
Formación de los profesionales									
Actualización de legislación									
Generación e implantación de recursos									
Investigación y generación de conocimiento									

Fuente: Elaboración propia.

La primera de las actuaciones de esta línea es la “*sensibilización, toma de conciencia*”. Una medida que aparece recogida en todas las estrategias, salvo en la valenciana, es el desarrollo de una imagen social positiva de las personas mayores. Así las estrategias nacional, navarra, vasca, asturiana y castellanoleonesa ponen el acento en la necesidad de promover imágenes de las personas mayores no discriminatorias y como participantes activos. Plantean medidas de visibilización y puesta en valor de acciones de colaboración social, voluntariado, apoyo familiar, que fortalezca una imagen positiva de las personas mayores y disminuya los estereotipos existentes vinculados a la edad.

La “*formación de los profesionales*” es la segunda línea de este eje. Además de la estrategia nacional; la asturiana y la castellanomanchega, recogen en sus documentos cuestiones relacionadas con esta línea, incluyendo acciones formativas sobre situaciones de malos tratos, su detección y los derechos de las personas mayores entre otras.

Otra de las líneas de la estrategia estatal, la tercera, se denomina “*actualización legislativa en materia de malos tratos*”. Incorpora medidas como la aprobación de legislación específica para personas mayores, revisión de la existente, acciones de inspección en centros de personas mayores y agilidad de los procedimientos. Otras estrategias, como la canaria, también señalan entre sus medidas la revisión de normativa con un enfoque general sin centrarlo en la problemática de malos tratos.

La cuarta y quinta línea se denominan “*generación de recursos*” e “*investigación y generación de conocimiento*”. Respectivamente, la primera parte de la constatación de que para el abordaje de estas situaciones se hace preciso la existencia de una red de recursos que posibilite una intervención coordinada y sistematizada de las situaciones de malos tratos. La segunda incluye la creación de observatorios, de grupos de investigación multidisciplinares, de protocolos de prevención y detección, en definitiva, de estudiar la problemática en profundidad para conocer el alcance de esta realidad social.

En definitiva, observamos como la Estrategia Nacional de Personas Mayores del IMSERSO da importancia a los malos tratos que sufre este grupo de población dedicando una de sus líneas estratégicas a esta cuestión. El resto de las estrategias lo recogen de manera más superficial haciendo hincapié en la sensibilización. Así, apuntan a la investigación, a la creación de recursos y a la revisión de legislación de una manera más generalista.

7.2.3.6. Líneas recogidas en estrategias autonómicas que no aparecen como líneas en la Estrategia Nacional

Para el análisis de las diferentes estrategias de EA hemos tomado como guía las líneas estratégicas establecidas en la estrategia nacional. No obstante, algunas estrategias autonómicas apuntan líneas que no están recogidas en la misma. Consideramos relevante identificar estas y ponerlas en valor. Cuestiones como la investigación, la innovación, la gobernanza, el desarrollo económico en torno al envejecimiento y, por último, experiencias innovadoras de buenas prácticas, tienen una presencia significativa que es preciso analizar.

Una de las líneas destacables se refiere a la “*investigación y la innovación*”. Esta constituye un elemento clave en todas las estrategias. En la estrategia nacional existen medidas que promueven la investigación y la innovación, entendiendo que abordan la misma de manera parcial vinculándola con problemáticas concretas principalmente malos tratos y personas con discapacidad. Las estrategias autonómicas le otorgan un peso específico muy alto e incorporan la línea de investigación como un elemento estratégico de las mismas. En unos casos, con un carácter más genérico que contempla medidas como la realización de investigaciones acerca de las necesidades de la población o sobre los determinantes sociales y ambientales de salud. Sin embargo, a modo de ejemplo la estrategia asturiana establece la investigación y la innovación como una línea estratégica y contempla cuestiones tales como la identificación de las actividades

científicas relacionadas con el EA, el impulso de estas, la promoción de ayudas a las mismas, la elaboración de materiales especializados, la creación de grupos de mejora entre otras.

Otra línea por destacar es la de “*gobernanza*”. Está presente en las estrategias de Valencia, País Vasco, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha y Canarias. A modo de ejemplo, las estrategias vasca y asturiana, apuntan la necesidad de repensar el modelo de gobernanza y escuchar a las personas mayores. Para ello, recogen medidas tales como el enfoque transversal de envejecimiento y una mayor implicación de las personas mayores en los procesos participativos, que posibilitan nuevos modelos de gobernanza.

Otro aspecto que destacar es el “*desarrollo económico en torno al envejecimiento*”. Son varias las estrategias que se hacen eco al considerar el proceso de envejecimiento como generador de oportunidades innovando al crear bienes y servicios orientados a las personas que envejecen. Así, recogen medidas vinculadas con promoción de empresas adaptadas en sectores como el turismo, moda, hostelería, ocio; también creación de empleo para personas mayores que necesitan apoyos (Galicia, Comunidad Foral de Navarra, País Vasco); y, fomento del emprendimiento senior. En definitiva, se trata de visibilizar el potencial de mercado que se puede orientar a las personas que envejecen. Esta medida es señalada por las estrategias de la Comunidad Foral de Navarra, Galicia y País Vasco.

Para finalizar este apartado consideramos adecuado señalar que son varias las estrategias que hacen referencia a las “*experiencias innovadoras*”. Esto constituye un ejemplo de transparencia y de transferencia de buenas prácticas que puede permitir a los técnicos y políticos de las diferentes administraciones actuar como elementos inspiradores para dar respuesta a las diferentes necesidades existentes. En este sentido, la estrategia de Castilla y León presenta, en formato de ficha, ocho experiencias innovadoras identificando su denominación, el eje estratégico al que pertenece, sus objetivos, actividades e indicadores de evaluación entre otras cuestiones. Algunas estrategias, como la de País Vasco, Galicia o la estatal, realizan recomendaciones en esta línea como constituir un catálogo o una red de buenas prácticas.

7.3. OTRAS ACTUACIONES EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO

En este epígrafe vamos a presentar actuaciones en materia de envejecimiento de las CCAA que carecen de una estrategia de EA vigente, diferenciado dos categorías. En primer lugar, las CCAA que tienen aprobados planes dirigidos de manera exclusiva a personas mayores y que en su título

no aparece el término EA y, en segundo lugar, aquellas que carecen de planificaciones vigentes en materia de personas mayores en general y de EA en particular.

7.3.1. Comunidades Autónomas con planes vigentes para personas mayores

En la presente categoría incluimos a la Comunidad de Madrid, Aragón y Andalucía. Estas comunidades cuentan con un instrumento de planificación, aprobado con posterioridad al año 2017, que les permite establecer directrices y orientaciones vinculadas al envejecimiento. En el presente apartado vamos a realizar un breve acercamiento a cada uno de ellos delimitando sus principios, líneas de actuación y presencia del EA.

Los planes o estrategias recogen una gran variedad de principios, consideraciones y valores que van a inspirarlas. En el siguiente cuadro se presentan agrupados por territorio.

Cuadro 61: Principios, consideraciones y valores de los planes y estrategias de personas mayores que carecen en su título del término EA

Comunidad	Denominación	Principios, consideraciones y valores
Comunidad de Madrid ⁵⁶	Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021	Orientación de servicio a la ciudadanía y familiares, trabajo en equipo, grupos multidisciplinares, desarrollo personal y profesional, integridad y confidencialidad
Aragón ⁵⁷	Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón 2018	Reto del envejecimiento, respeto de los derechos sociales de las personas mayores, paradigma positivo del envejecimiento, participación de familias y ciudadanos, recursos adaptados a necesidades, enfoque ecológico, dinamización comunitaria, enfoque de EA, atención continua y personalizada, gestión de calidad y mejora del sistema de atención a las personas en situación de dependencia
Andalucía	I plan estratégico integral personas mayores en Andalucía: 2020-2023	Calidad, cooperación, evidencia científica, flexibilidad, igualdad y diversidad, innovación, participación, prevención, proactividad, proximidad, sociedad para todas las edades, sostenibilidad y transparencia

Fuente: Elaboración propia.

De la lectura de los principios, consideraciones y valores destacamos la diversidad que aparecen en las estrategias mencionadas. Sin embargo, observamos que son agrupables en orientaciones relacionadas con los derechos y cambio de paradigma; con la gestión y los recursos; con los profesionales y, por último, con recomendaciones vinculadas a la atención prestada.

En el primer grupo encontramos el cumplimiento de los derechos, la promoción de un paradigma positivo de envejecimiento, el desarrollo de una sociedad para todas las edades, la participación de las personas mayores en su proceso de envejecimiento.

⁵⁶ La Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021 no aparece el término principio sino *valores*.

⁵⁷ En la “Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón 2018” no aparece el término principio sino *consideraciones* que fundamentan las líneas de esta.

El segundo grupo integrado por principios y recomendaciones relacionados con la gestión de recursos incluiría orientaciones tales como la creación de servicios flexibles, adaptados a las necesidades individuales, la gestión transparente, de calidad y sostenible.

Un tercer grupo de principios sitúa las recomendaciones en el desarrollo de los profesionales implicados en la atención. Asuntos como el trabajo en equipo, el bienestar profesional y la multidisciplinariedad están presentes en los mismos.

Finalmente, se apuntan cuestiones vinculadas a la atención a las personas mayores. Ponen en valor la atención a las personas en situación de dependencia, la dinamización comunitaria, la permanencia de las personas en su medio y el respeto a la confidencialidad entre otras.

Todos estos principios actúan como elementos de orientación de las diversas líneas estratégicas y de las medidas contempladas. Estas líneas recogen las inquietudes sobre la atención a las personas mayores. En el siguiente cuadro exponemos los ejes estratégicos recogidos en cada estrategia de las CCAA categorizadas en el nivel amarillo según el criterio seguido en esta tesis doctoral:

Cuadro 62: Líneas estratégicas de los planes y estrategias de personas mayores que carecen en su título del término EA

Comunidad	Líneas Estratégicas
Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> • Promover medidas enfocadas al EA y a la prevención de las situaciones de dependencia, • Promover medidas enfocadas a la atención de personas mayores autónomas en dificultad social, • Desarrollo del Catálogo de Servicios y Prestaciones para personas en situación de dependencia, • Mejorar la coordinación socio sanitaria y • Desarrollo de una organización integrada, moderna e innovadora en la prestación de servicios públicos
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de derechos y protección de las personas mayores, • Promoción del EA: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, • Atención a la dependencia, • Participación y colaboración comunitaria, • Coordinación y colaboración interinstitucional y • Inspección de centros y servicios y promoción de la calidad.
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la dependencia, • Atención a la dependencia, • Atención a personas mayores con especial vulnerabilidad, • Fomento del buen trato a personas mayores y • Lucha contra la soledad no deseada

Fuente: Elaboración propia.

Como se aprecia en el cuadro son variados los ejes que guían dichas estrategias, destacando la prevención de la dependencia, la promoción de la autonomía, la atención a personas mayores vulnerables, la garantía de derechos, la participación y la coordinación interinstitucional. A pesar de no denominarse EA, se reflejan dimensiones vinculadas con el mismo tales como el entorno social, la sanidad, los servicios sociales, entorno físico, económico, factores personales, conductuales, el género y la cultura (OMS, 2002).

Analizamos, a continuación, la presencia del término de EA en dichas estrategias. Ya que, a pesar de no estar reflejado en la denominación dicho concepto está presente en estas:

Cuadro 63: Presencia del término EA en planes y estrategias de personas mayores que carecen en su título del término EA

Comunidad	Denominación	Referencia al EA
Comunidad de Madrid	Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021	Medidas enfocadas al EA y a la prevención de las situaciones de dependencia (Línea 1)
Aragón	Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón 2018	Promoción del EA, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal (Línea 2)
Andalucía	I plan estratégico integral personas mayores en Andalucía:2020-2023	Contextualización y justificación del plan en el marco de EA

Fuente: Elaboración propia.

En dichos planes el término objeto de estudio aparece de diferentes formas. En el plan más reciente, el andaluz, observamos que está recogido en la contextualización del plan impregnando el mismo. Por otra parte, tanto la Comunidad de Madrid, como la de Aragón, lo apuntan bien como una línea estratégica o bien como un programa. Esta última apunta a un programa de EA dentro de las necesidades sociales de autonomía personal. Es decir, observamos una gran diversidad en la utilización de dicho término, presentando en ocasiones un carácter más integrador y en otro más limitado.

7.3.2. Comunidades Autónomas sin planes de Envejecimiento Activo ni de personas mayores

Esta categoría está integrada por aquellas comunidades que carecen de planificaciones vigentes en materia de personas mayores en general y, de EA en particular. Se trata de las CCAA de Cataluña, Extremadura, Islas Baleares, Cantabria, Región de Murcia, La Rioja y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Sin embargo, todas ellas desarrollan programas y servicios que tienen como finalidad la promoción de un EA o saludable, pero no han desarrollado a nivel de planificación autonómico, un marco que organice y ordene los mismos. Como se aprecia del análisis de las páginas webs la falta de estrategias no implica necesariamente que no se estén desarrollando actuaciones en materia de EA. Así, a modo de ejemplo, cabe señalar diferentes iniciativas de cada una de ellas. Por ejemplo, la comunidad de Cantabria tiene vigente el *Programa de Buen trato y promoción de territorios amigables con las personas mayores en Cantabria*, que busca el empoderamiento y el EA en su comunidad. Pertenece a la red mundial de comunidades amigables

con las personas mayores, proyecto promovido por la OMS, y del que forman parte diversos municipios de la comunidad cántabra. Por otra parte, esta comunidad ha elaborado una “Estrategia frente al reto demográfico 2019-2025”⁵⁸ que aborda, entre otras cuestiones, el envejecimiento poblacional, la construcción social de la vejez, dependencia y desigualdades en la edad avanzada. La comunidad catalana, por su parte, cuenta con un Libro Blanco (*Libre blanc de gent gran activa*), elaborado en 2002 que establece recomendaciones y orientaciones para formar personas mayores activas.

Por otra parte, la comunidad autónoma de Extremadura ha sido reconocida por la Comisión Europea como “*Extremadura Reference Site*” en el marco de la iniciativa European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing (EIP-AHA), siendo considerada como lugar de referencia por las actuaciones realizadas en el ámbito del EA y saludable.

En la misma línea, la Región de Murcia contaba con un plan dirigido a las personas mayores (2002-2007) e incorporaba el EA vinculándolo a la información y participación de las personas mayores en la vida social y cultural. Se encuentran otras referencias que manifiestan la preocupación por el EA tales como el Informe Epidemiológico sobre EA (Murcia, 2013) y normativa de EA dirigida a personas con discapacidad (Murcia, 2019). En esta línea, la comunidad murciana ha recibido varios premios de la Asociación Europea de Innovación sobre EA y saludable por sus iniciativas de EA reconociéndolo como “lugar de referencia”.

Finalmente, La Rioja, cuenta con varias medidas que indican la preocupación en el ámbito del envejecimiento de la población. Por un lado, la “Agenda Global para la población 2030” establece la línea de *longevidad, calidad de vida y EA* (obj. 6) que busca mejorar los servicios sanitarios y fomentar la participación activa de las personas mayores en los diferentes ámbitos. Por otro lado, esta comunidad cuenta con programas de prevención y autonomía personal que se basan en una red de Centros de Participación Activa, denominada anteriormente Hogares de Personas Mayores, para la promoción del EA. A través de esta red promueven la autonomía personal, previenen situaciones de dependencia y fomentan hábitos de vida saludable. En la misma línea, podemos destacar la Universidad de la Experiencia de la Universidad de La Rioja, que al igual que otras CCAA españolas, buscan mantener las capacidades cognitivas y emocionales de las personas

⁵⁸ Estrategia frente al reto demográfico 2019-2025 de Cantabria es una estrategia dirigida a otros colectivos además de personas mayores, por ello no se ha incorporado en la categoría del epígrafe anterior.

adultas mejorando la calidad de vida de estas; a la par que tratan de fomentar la participación de las personas mayores en los diferentes espacios, favoreciendo su inclusión real en la sociedad.

Como hemos observado en las diferentes comunidades autónomas se están dando pasos para la promoción del mejor envejecimiento en diversos ámbitos de actuación. Ello implica que, a pesar de carecer de estrategias vigentes en esta línea, las acciones y servicios desarrollados tienen esta finalidad y así se constatan a través de proyectos programas o servicios de diferente naturaleza.

CAPÍTULO 8.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LOS DISCURSOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL

En el presente capítulo presentamos el análisis de los discursos de los y las profesionales relacionados con el objeto de estudio, a partir de las entrevistas con las profesionales de los diferentes ámbitos de atención comunitaria. Para su exposición mantenemos la estructura empleada en las mismas, que constaba de cinco partes:

Parte I: Escenario percibido de intervención

Parte II: Escenario ideal

Parte III: Personas mayores: percepción de necesidades y perfiles

Parte IV: Envejecimiento Activo: concepto y ámbitos de intervención

Bloque V: Debilidades, amenazas, oportunidades fortalezas y retos

8.1. ESCENARIO PERCIBIDO DE INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL

En la primera parte pedimos a las entrevistadas que expliquen el escenario de intervención que perciben en su práctica profesional atendiendo a los objetivos perseguidos, funciones desempeñadas, niveles de intervención, servicios más significativos y principios profesionales inspiradores.

8.1.1. Discursos profesionales acerca de sus objetivos

El objetivo es el horizonte al que se aspira llegar con diversidad de acciones e intervenciones profesionales, concretan aquello que pretenden conseguir en la práctica. Una primera aproximación a los mismos la hacemos a través de la nube de palabras.

Tabla 3: Presencia de los discursos de los objetivos profesionales atendiendo a porcentaje de entrevistadas

Objetivo	N.º de profesionales	Porcentaje
Atender y asesorar	9	75%
Orientar y gestionar recursos	8	66,67%
Promover el Bienestar personal de las personas mayores y familiares	7	58,33%
Prevenir situaciones de vulnerabilidad	6	50%
Mejorar relaciones sociales y familiares	6	50%
Acompañar en el proceso de envejecimiento	5	41,67%
Favorecer convivencia positiva	5	41,67%
Promover permanencia domicilio	4	33,33%
Prevenir dependencia	3	25%
Prevenir soledad	3	25%
Promover ocio enriquecedor	3	25%
Promover participación social	3	25%
Sensibilizar, cambiar la imagen de las personas mayores	3	25%
Promover envejecimiento activo	2	16,67%
Desarrollar acciones intergeneracionales	2	16,67%
Crear recursos	1	8,33%
Sentirse bien el propio profesional	1	8,33%

Fuente: Elaboración propia.

Tal y como se refleja en el cuadro, el 75% de las profesionales identifica como objetivo atender a las personas mayores y sus familias. Dicho objetivo relacionado con la orientación y gestión de recursos sociales es señalado por más del 65% de las entrevistadas. Un 58% de estas refieren promover el bienestar integral de las personas mayores y sus familias. Mejorar las relaciones socio familiares y prevenir situaciones de vulnerabilidad es indicado por el 50% de las mismas. Casi la mitad, un 41,67%, destacan objetivos tales como acompañar en el proceso de envejecimiento y promover una convivencia positiva. Una tercera parte de las profesionales apuntan promover la permanencia de la persona mayor en su entorno. Y una cuarta parte identifican prevenir la dependencia y la soledad; promover un ocio enriquecedor; y, sensibilizar a la población acerca de las características de las personas mayores, entre otros.

Dichos objetivos se abordan desde una doble perspectiva. Por un lado, atendiendo a la finalidad que se pretende alcanzar; y, por otro lado, teniendo en cuenta, a quien se dirige la acción, tal y como mostramos en el cuadro.

En relación con el primer aspecto los objetivos los agrupamos en tres grandes grupos: asistenciales, preventivos y promocionales (Conde Megías, 2003; ANECA, 2004). Respecto al segundo criterio,

los objetivos se orientan a las personas mayores, a sus familiares y a la sociedad. En la siguiente tabla presentamos los objetivos atendiendo a la finalidad y al destinatario.

Tabla 4: Tipos de objetivos profesionales y personas destinatarias

DESTINATARIOS	TIPOS DE OBJETIVOS			TOTAL
	Promocionales	Preventivos	Asistenciales	
Personas mayores	8	3	2	13
Familia	5		2	7
Sociedad	4		1	5
TOTAL	17	3	5	25

Fuente: Elaboración propia.

Tal y como observamos en la anterior tabla, por una parte, las profesionales expresan con mayor frecuencia objetivos promocionales, en segundo lugar, asistenciales y, en menor medida, preventivos. Por otra parte, atendiendo a la población destinataria de estos, constatamos una mayor presencia de aquellos orientados a las personas mayores, seguidos de los dirigidos a sus familias y encontramos un número menor de objetivos que señalan a la sociedad como destinataria.

En base a lo expuesto, presentamos la categorización de los objetivos atendiendo a las dos dimensiones señaladas y reflejándolo en tablas de doble entrada.

8.1.1.1. Objetivos promocionales

El primer grupo de objetivos, vinculados al término *promoción*, recoge los discursos profesionales que apuestan por promover el bienestar integral, la calidad de vida y una vida satisfactoria. Se encuentran presentes en los tres destinatarios posibles. Con relación a los mismos, destacamos las cuestiones recogidas en la siguiente tabla.

Tabla 5: Objetivos promocionales atendiendo a ámbito y personas destinatarias

Destinatarios	Objetivos	Ámbito				Total	
	Objetivos Promocionales	Gestión	S.S.C	S.S. E	Salud	N	%
Personas mayores	Bienestar personal	1	1	3	2	7	58,3
	Ofrecer ocio enriquecedor	-	-	3	-	3	25
	Promover participación social	1	-	2	-	3	25
	Mejorar relaciones sociales y familiares	1	-	4	1	6	50
	Promover la permanencia en domicilio	1	2	-	1	4	33,3
	Acompañar en el proceso de envejecimiento	1	-	2	2	5	41,6
	Desarrollar acciones intergeneracionales	-	-	2	-	2	16,6
Familia	Bienestar personal familiares	1	1	2	2	6	50
	Mejorar relaciones socio familiares	1	-	4	-	5	41,6
	Implicar a las familias en los cuidados	-	-	1	1	2	16,6
	Acompañar en el proceso de envejecimiento	1	-	2	2	5	41,6
	Desarrollar acciones intergeneracionales	-	-	2	-	2	16,6
Sociedad	Favorecer convivencia positiva	1	-	4	-	5	41,6
	Promover participación social	1	-	2	-	3	25
	Desarrollar acciones intergeneracionales	-	-	2	-	2	16,6
	Sensibilizar	1	-	2	-	3	25

Fuente: Elaboración propia.

Ellas ponen en valor que los objetivos que promueven el bienestar personal integral de las personas mayores son identificados como tales por la mitad de las entrevistadas. Apuntan la importancia de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias. Con diferentes denominaciones tales como la búsqueda del desarrollo personal, desarrollo integral, promover la mejora de la calidad de vida, alcanzar una vida satisfactoria o la mejora de la autonomía de las personas mayores. No observamos diferencias entre los ámbitos profesionales de las entrevistadas. A modo de ejemplo destacamos los siguientes fragmentos:

“El objetivo es el bienestar global, cubrir las necesidades básicas, que le eche una mano en casa para que esa persona permanezca en su domicilio, hacerle compra, aseo personal. Tener una visión global de las necesidades que tiene esa persona en cuanto a aislamiento, a la soledad, que es el gran problema que tienen estos pueblos” (E2 SSC rural).

“Fundamentalmente mejorar la calidad de vida de esa persona” (E12 SSE urbano).

“De alguna manera me planteo aportar calidad de vida a las personas con las que trabajo” (E7 SSE urbano).

Un segundo objetivo promocional destacable implica promover o mejorar las relaciones sociales satisfactorias que establecen las personas mayores. Este es apuntado por la mitad de las profesionales, principalmente, de servicios sociales específicos, aunque también de salud y de gestión. Los discursos hacen referencia a intervenciones que favorecen que las personas mayores establezcan relaciones con su entorno y que estas sean positivas.

“Favorecer la sociabilidad, la interrelación, el bienestar social a través de todas esas actividades, y de mi apoyo, mi acompañamiento, mi intervención junto con esas actividades” (E6 SSE urbano).

“El social relacional de alguien que está aislado, este es el objetivo general y dependiendo de cada caso es trabajar diferente, por ejemplo, persona que está sola, es viuda, sus hijos están fuera y que no tiene nadie más en el entorno” (E10 Salud semi rural).

Acompañar a las personas mayores a lo largo de su proceso de envejecimiento es identificado por casi la mitad de las profesionales. Destacamos que las profesionales de salud y de los servicios sociales específicos establecen este objetivo de manera explícita, mientras que las de servicios sociales comunitarios no lo mencionan como tal. En esta línea, se puede señalar la importancia del acompañamiento a cada individuo en los centros de participación activa:

“Mi objetivo sería acompañar a la persona, orientarle que tenga una vida que le satisfaga, que esté contenta con su día a día” (E9 SSE urbano).

“Poder acompañar a las personas mayores, sobre todo vienen personas mayores, pero no siempre, es como muy abierto. En el centro en el que yo trabajo, no solo viene lo que se estructura sociológicamente como persona mayor, a partir de 65, viene mucha gente, se acompaña a muchas personas de 50, 55 o incluso más jóvenes” (E6 SSE urbano).

Otro objetivo destacado por un tercio de las profesionales es promover que la persona mayor permanezca en su domicilio el máximo tiempo posible. Está especialmente presente en los discursos de aquellas que trabajan profesionales de los servicios sociales comunitarios:

“Trabajamos (...) para hacer que las personas mayores permanezcan el máximo tiempo en su domicilio” (E3 SSC urbano).

“Promover que la persona se mantenga en su domicilio” (E1 Gestión municipal).

En esta línea de promoción de las personas mayores, los discursos apuntan con menor peso otros objetivos variados, tales como, promover la participación social, un ocio enriquecedor, desarrollar proyectos intergeneracionales y propiciar el envejecimiento activo.

Expondremos dichas cuestiones al abordar los recursos y servicios más significativos de los centros. En concreto, los CPA desarrollan con frecuencia proyectos intergeneracionales que constituyen una línea estratégica para la promoción de las personas mayores y también del resto de la sociedad:

“Desde hace años hemos apostado por las intergeneracionales. Nos hemos dado cuenta es que todos nos beneficiamos de todos, los abuelos y abuelas enseñan, pero también ellos ven, que tiene mucho que aportar. Se sienten felices, valiosos, y los niños también vienen a aprender y se dan cuenta de que pueden enseñar cosas nuevas” (E8 SSE urbano).

Otros centros apuestan por el papel de las personas mayores como voluntarias en el desempeño de la actividad docente en alguna de las formaciones impartidas en dichos centros:

“Todo lo que es potenciar el voluntariado en el propio centro. Que ellos sean docentes de distintos cursos, que les apetezca, les interese, que tengan los conocimientos, cualidades y que se formen, una disposición personal para llevar grupos. Cualidades como respeto, capacidad de comunicación, buen trato. Se trata de calidad y cualidad” (E6 SSE urbano).

Por otra parte, solamente las profesionales de los CPA apuntan objetivos relacionados como promover una oferta de ocio saludable y enriquecedora dirigida a este colectivo de población. En esta línea señalan que:

“Es muy importante organizar todo lo que es un ocio saludable, un ocio activo que les enriquezca” (E8 SSE urbano).

“Nuestras formaciones, la formación en los centros de participación tiene que ser un nivel de calidad, pero que no lo den las escuelas. Los cursos de intervención, memoria, intervención psicosocial, ejercicio. Existe mucha diversidad” (E6 SSE urbano).

En este sentido, los objetivos promocionales se encuentran en la línea de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El resto de las cuestiones planteadas tales como mejorar las relaciones sociales, promover una oferta de ocio saludable, estimular la participación a través de programas de voluntariado, entre otras, podrían considerarse como objetivos específicos tendentes a dicha mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Al observar los objetivos promocionales dirigidos a las familias se pueden señalar tres grandes objetivos específicos identificados por casi la mitad de las profesionales entrevistadas. El primero de ellos se vincula con incrementar la calidad de vida de las personas cuidadoras y familiares de las personas mayores; el segundo, se relaciona con mejorar las relaciones familiares y la implicación de estas en los cuidados; y, el tercero, con acompañar a los familiares a lo largo del proceso de envejecimiento.

Constatamos que los discursos de las profesionales recogen de manera genérica mejorar el bienestar de la persona mayor y sus familias. Esta idea aparece más nítida en los discursos que priorizan o ensalzan a la persona cuidadora como destinataria de la intervención. Este aspecto es apuntado por trabajadoras sociales de salud, de servicios sociales específicos y también de los comunitarios:

“Para acompañar al cuidador o cuidadores, en la toma de decisiones. A veces el cuidado supone, un estrés mayor, tomar decisiones difíciles, y que entra mucho en juego toda la parte emocional y relacional. Poder encontrar un espacio donde eso se aborde le libera bastante, y le sirve bastante. El cuidado no solo de los dependientes sino también de los cuidadores, es muy importante para las trabajadoras sociales” (E1 Gestión municipal).

“Trabajo mucho hacia el cuidador, la atención al cuidador, la sobrecarga del cuidador. Vienen al despacho un matrimonio, o un dependiente con su hijo, con su cuidador. Hay una sobrecarga importantísima. Antes [hace referencia a servicios sociales de primer nivel] nos limitábamos a la gestión del recurso, “pin pan”, y ahora nos planteamos como le está afectando el ser cuidador, acompañarle” (E11 Salud semi rural).

En segundo lugar, otros objetivos son afines a la mejora de las relaciones familiares, tanto de personas en situación de dependencia como de no dependencia. En esta línea, una de las profesionales de servicios sociales específicos apunta la mediación y resolución de conflictos familiares, en el momento para la organización de su tiempo libre y compatibilizarlo con responsabilidades familiares tales como el cuidado de nietos:

“Que no tiene tiempo, se acaba de jubilar los nietos, le gustaría hacer cosas y tiene muchas obligaciones. “También tendrías que decir a la familia que necesitas tu espacio”. Mi objetivo sería acompañar a la persona, orientarle que tenga una vida que le satisfaga, que esté contenta con su día a día.” (E9 SSE urbano).

La entrevistada de servicios sociales específicos del tercer sector pone de manifiesto la importancia de recuperar lazos afectivos, en el marco del programa de “*Siempre Acompañados*”:

“El propio programa tiene unos objetivos, se basan en fortalecer y fomentar que la persona recupera el contacto con su entorno, que lleve a romper el bucle de los sentimientos de soledad negativa o soledad no deseada, (...) si existe familia recuperar también la relaciones con la familia.” (E12 SSE urbano).

En tercer lugar, casi la mitad de las profesionales, apunta acompañar a las personas mayores y a sus familiares en los diferentes procesos. En esta línea, profesionales de salud abordan la cuestión de las personas cuidadoras e identifican acciones de acompañamiento respecto a los mismos:

“Acompañar anímicamente también a sus familiares” (E10 Salud semi rural).

Además de los objetivos anteriores, profesionales de una entidad local y de salud, describen el objetivo de implicar a los familiares en los cuidados de las personas mayores dependientes. Así, una de ellas señala:

“Recuperar que todo eso le haga sentir mejor, si existe familia fomentar que la familia se involucre más, con la persona y que sepa que igual tiene que dar un poco más de su parte, de forma muy sutil” (E12 SSE urbano).

En cuanto a los objetivos promocionales que se dirigen a las comunidades y a la sociedad en general, señalamos tres grandes grupos. El primero, promover la convivencia positiva en el barrio y en las instituciones; el segundo está vinculado con la promoción de la participación, en concreto, con proyectos intergeneracionales, de acción social y, de voluntariado; el tercero de ellos, implica sensibilizar y cambiar la imagen de las personas mayores contrarrestando la visión negativa a través de enfoques positivos del envejecimiento. Hemos de destacar que estos objetivos están presentes en un tercio de las profesionales, en concreto entre quienes trabajan en los CPA y también la responsable de gestión autonómica.

En relación con el primero, es sentido por casi la mitad de las profesionales, estas ponen en valor las tareas desempeñadas por dichos centros en la búsqueda de dichos objetivos. En esta línea, vinculan la promoción de una convivencia positiva en el barrio con los proyectos intergeneracionales y de voluntariado:

“Los centros de participación buscan la integración de la comunidad, que sea grande la comunidad, que haya una relación intergeneracional, entre barrios que se abran a la comunidad. Eso sí que es un objetivo y de hecho está en el proyecto ICI, que es la idea de lo que realmente se quiere” (E4 Gestión autonómica).

Desde una entidad social también se pone en valor la importancia de implicar a las diferentes entidades que forman parte de la comunidad como elemento clave de la convivencia positiva:

“El objetivo es crear una red en el barrio, entre todas las entidades que viven en el barrio: asociaciones de vecinos, parroquias, entidades, centro de salud, centro de participación activa, comercios...” (E12 SSE urbano).

Dicha cuestión se encuentra en línea con el segundo objetivo. Así, los discursos apuntan a que los CPAs hacen una apuesta evidente por la promoción de la persona mayor a través de la participación y del voluntariado en las diferentes entidades, tal como reconoce la profesional de gestión autonómica:

“Dentro de los centros de participación me gusta mucho los proyectos que se desarrollan de acción local, programas intergeneracionales, me gusta mucho el papel que se les da a las personas mayores como voluntarios dentro de la organización” (E4 Gestión autonómica).

Todas estas acciones contribuyen al cambio de paradigma, es decir, a que se perciba a las personas mayores como una oportunidad y se atiende a los factores positivos frente a los enfoques que consideran a este colectivo como una carga. Dichos discursos fomentan la sensibilización y refuerzan una visión positiva del envejecimiento. Este aspecto es identificado de manera exclusiva por estas profesionales:

“Es uno de los objetivos, cambiar la imagen que se tiene de las personas mayores, dejar de lado la imagen de que han dejado de lado lo mejor de su vida, y transmitir la imagen de que tienen mucho que aportar, que tienen mucha sabiduría, conocimientos, experiencias que aprovechar” (E8 SSE urbano).

“Trabajamos en la visibilidad de un cambio, a la realidad de las personas mayores es muy variada, es muy diversa, no se debe ver solo la dependencia” (E6 SSE urbano).

Además de los objetivos identificados en la tabla, las profesionales de gestión, tanto autonómica como municipal, señalan el objetivo de promover el EA, como un aspecto transversal a las diferentes categorías y población destinataria apuntada. En esta línea, se hacen eco de la definición de la OMS (2002) que aborda este desde una perspectiva multidimensional. Ello pone de manifiesto como las profesionales de gestión incorporan, de manera progresiva, dicha cuestión en sus discursos:

“Con ese objetivo, desde los servicios sociales, de promoción del envejecimiento activo y de oportunidad para las propias personas de hacer una actividad que las tenga conectadas con su realidad, su entorno a todos los niveles” (E1 Gestión municipal).

“La línea que hemos empezado a seguir desde hace poco tiempo es la promoción del envejecimiento activo” (E4 Gestión autonómica).

Una entrevistada también destaca al propio profesional, es decir, a sí misma, como objeto de la intervención al establecer como objetivo su bienestar para un adecuado desempeño. Justifica esta respuesta al apuntar que es preciso tener un equilibrio personal para poder desarrollar las tareas profesionales de manera eficaz.

“El primer objetivo es sentirme bien y que sea un día innovador, motivador y de aprendizaje” (E6 SSE urbano).

8.1.1.2. Objetivos preventivos

La segunda categoría está relacionada con el concepto de *prevención*. Incluye cuestiones como prevención de la dependencia, de la soledad, de la sobrecarga, de factores de riesgo, entre otros. En la tabla se presentan los objetivos y se clasifican atendiendo a quien van dirigidas.

Tabla 6: Objetivos preventivos atendiendo a ámbito y personas destinatarias

Destinatarios	Objetivos	Ámbito				Total	
	Objetivos preventivos	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Personas mayores	Prevenir dependencia	1	1	2		4	33,33
	Prevenir soledad	1	1	1		3	25
	Prevenir situaciones vulnerabilidad	1		1		2	16,667

Fuente: Elaboración propia.

Los discursos relacionados con objetivos preventivos se encuentran presentes de manera exclusiva en la dimensión de las personas mayores, no refiriendo esta finalidad en las intervenciones dirigidas a la familia ni a la sociedad. Esta cuestión es de gran relevancia, ya que las acciones preventivas a nivel familiar y social son interesantes para la promoción de estrategias de EA. Sin embargo, aspectos tales como la prevención del edadismo o la prevención de conflictos familiares no se encuentran de manera explícita en los discursos analizados.

Los objetivos de prevención aparecen en los discursos de los profesionales de los diferentes ámbitos salvo entre las de salud. Un tercio de las profesionales hacen referencia a la prevención de la dependencia:

“Trabajar para la prevención para evitar el deterioro en la dependencia” (E5 SSE semi rural).

“Desde la prevención de la dependencia y luego de atención a la dependencia. Primero prevención, pero cuando llega el momento de la atención, que se está atención, que no se rompa este proceso, es un continuo, en cada fase vas a necesitar tanto de tipo de recursos como la intensidad de los recursos” (E9 SSE urbano).

Esta profesional apunta la importancia de acompañar a la persona a lo largo del proceso de envejecimiento, en una primera etapa con un cariz preventivo y modificando la intervención conforme se modifica la situación.

De manera particular, la profesional de gestión autonómica destaca que la prevención de la dependencia se desarrolla a través de los CPA mediante sus servicios y programas:

“Los centros de participación activa (...) estamos enfocados en la prevención de la dependencia” (E4 Gestión autonómica).

Un tercio de las entrevistadas, de todos los ámbitos, identifican como objetivo profesional prevenir la soledad de las personas mayores, y así, destacan la importancia de realizar acciones de prevención y detección:

“Romper el bucle de los sentimientos de soledad negativa o soledad no deseada, se centra en la recuperación de lazos, a veces no existen lazos por qué no se han creado, entonces sería crear nuevos lazos de unión” (E12 SSE urbano).

“Ayudar a prevenir otras consecuencias de la soledad, por lo que conlleva de desinterés, desmotivación: desmotivación por comer, desmotivación por cocinar o de desmotivación por arreglarme, por salir, esos círculos que tanto afectan a la salud, y en el bienestar general de la persona (...). Ese objetivo de atender la soledad en su prevención y también en su atención. (E1 Gestión municipal).

Por último, dos de las entrevistadas identifican como objetivo prevenir las situaciones de vulnerabilidad, abordando los factores de riesgo y dificultad existentes tales como la dependencia, el aislamiento, falta de recursos económicos y la soledad, entre otros. En esta línea, la técnica de gestión municipal describe el mismo objetivo y refleja la heterogeneidad de las personas mayores:

“Con el objetivo de la prevención de situaciones de vulnerabilidad, el colectivo de personas mayores es un colectivo muy amplio, que cubre una etapa muy larga de años, y tenemos las personas recién jubiladas o que llevan unos años de jubilación. Personas que no han trabajado pero que están ahí, que de momento no quieren hacer cosas relacionadas con su bienestar activo, su prevención de la soledad, dependencia, o simplemente tener un bienestar personal eso desde los centros de servicios sociales hay proyectos y programas que tienen que ver con ese envejecimiento activo con ese bienestar en la tapa de la vida” (E1 Gestión municipal).

Por su parte, una profesional de un CPA identifica diferentes factores de riesgo y reconoce la importancia de trabajar con un enfoque preventivo psicosocial:

“La falta de apoyos sociales, el aislamiento, la falta de interrelaciones sociales positivas y la cuestión económica son criterios de vulnerabilidad de las capas más bajas. Estos centros son muy abiertos y hemos tratado de que acudan buscando la integración. La prioridad básica es seguir trabajando con los más necesitados, con las personas que tienen mayores carencias, económicas, de integración social, sociabilidad, psicológicas, familiares, desestructuración, de salud (...) se puede trabajar desde lo biopsicosocial de manera preventiva” (E6 SSE urbano).

Apunta la entrevistada el papel de los profesionales de TS de intervenir con toda la población y de manera especial con aquellos que tienen mayores dificultades.

8.1.1.3. Objetivos asistenciales

La tercera categoría incluye objetivos *asistenciales*. Estos se concretan principalmente en discursos vinculados a atender las necesidades de las personas mayores y sus familias, así como a gestionar la prestación de recursos sociales. Las profesionales identifican los mismos dirigidos a personas mayores, sus familias y a la sociedad en general, tal y como recoge la siguiente tabla:

Tabla 7: Objetivos asistenciales atendiendo al ámbito y personas destinatarias

Destinatarios	Objetivos	Ámbito				Total	
	Objetivos asistenciales	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Personas mayores y familias	Atender y asesorar	1	2	4	2	9	75
	Orientar y gestionar recursos	2	2	2	2	8	66,67
Sociedad	Crear recursos	-	1	-	-	1	8,33

Fuente: Elaboración propia.

Tres cuartas partes de las personas entrevistadas identifican como objetivo de sus intervenciones atender y asesorar. Así, cuestiones como “ser la puerta de entrada” o “ser los referentes de”, se encuentran presentes en sus discursos.

El segundo objetivo señalado está relacionado con la orientación y gestión de los recursos y servicios sociales. Ambos son los objetivos que presentan mayor consenso entre las entrevistadas. Encontramos dos grandes líneas, la primera vinculada a la atención de sus necesidades y la segunda, a la orientación en la elección de recursos. La primera de ellas integra el objetivo que encuentra un mayor consenso entre las entrevistadas y es referenciado por la mayoría de las profesionales, salvo dos entrevistadas de CPA y una de gestión. Hace referencia a la atención de las necesidades, especialmente de las sociales y relacionales:

“El objetivo primero es atender a todas las personas que entran por la puerta, con cualquier tipo de demanda” (E7 SSE urbano).

“Acompañar, informar, a cada persona acompañarle en que quiere hacer en estos años” (E9 SSE urbano).

“Yo me centro más en las necesidades de ámbito social y relacional que pueden dificultar o beneficiar esa recuperación” (E10 Salud semi rural).

Los discursos presentan un carácter general, relacionado con intervenciones que se realizan con este colectivo tales como entrevistas, valoración, orientación, seguimiento y acompañamiento.

En esta misma línea, las entrevistadas también exponen que sus intervenciones se dirigen a los familiares de las personas mayores, de manera especial a las personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia. Identifican necesidades tales como el síndrome de sobrecarga física y emocional que puede generar la atención a las personas mayores en situación de dependencia. Dichas cuestiones son referidas por las profesionales de todos los ámbitos.

“La orientación va más a la familia, más que el propio usuario, que también” (E9 SSE urbano).

“Una parte más administrativa de información, orientación, tramitación, orientación de recursos y otra parte de apoyo, sobre todo al cuidador” (E11 Salud semi rural).

“Luego también con todo el acompañamiento a los cuidadores, porque los cuidadores son los que están apoyando, sujetando, facilitando el que las personas dependientes se mantengan en su domicilio, en nuestro país tenemos una red, la red familiar es importantísima en atención a los mayores y efectivamente, la familia está super implicada en la mayoría de los casos. Si la familia se resiente, los cuidadores se resienten, con toda esa atención” (E1 Gestión municipal).

“Damos información, tramitamos la dependencia, trabajo mucho hacia el cuidador, la atención al cuidador” (E10 Salud semi rural).

De una manera global, las entrevistadas de gestión municipal y autonómica, recogen la importancia de que se aborden dichas necesidades.

“También desde los centros, mucha atención a las personas mayores, tiene que ver con la atención a la dependencia” (E4 Gestión autonómica).

“Para las trabajadoras sociales, desde hace muchos años, la mirada hacia los dependientes, hacia los cuidadores de las personas dependientes es importante porque normalmente suele haber sobrecarga, sobrecarga física, sobrecarga emocional y que quizás también son los importantes, en esa trayectoria larga de cuidado, que requieren las personas mayores y que los cuidadores familiares se resienten” (E1 Gestión municipal).

Tomando en consideración la cobertura de las necesidades, destacamos los objetivos relacionados con la orientación en la elección de recursos.

“Es muy importante informar sobre los recursos con los que puede contar, además cuando una persona se ha jubilado tiene un mundo nuevo por descubrir, haces la orientación de todo a lo que pueden acceder” (E8 SSE urbano).

“Somos los profesionales que informamos de muchos de los recursos y acompañamos en ese proceso que es muy duro a veces y es una manera de sostén, que no se sientan solos” (E8 SSE urbano).

“Después de esa primera valoración y toma de decisiones, pensamos qué recursos pueden ser adecuados para atender a esta persona; porque esto es un proceso largo, en el que puede haber empeoramientos como de hecho los hay, y hay que ir articulando nuevos apoyos, nuevas medidas para la atención de la persona” (E1 Gestión municipal).

Resulta interesante, por un lado, observar la dimensión de acompañamiento que tiene la relación profesional-sistema cliente y, por otro lado, la consideración del proceso de envejecimiento como un “*continuum*” mediante el que se ha de satisfacer las necesidades de cada momento vital. En primer lugar, se trataría de abordar las necesidades de las personas con mayor grado de autonomía y, posteriormente, conforme se modifica dicha situación, atender a las personas en situación de dependencia.

De tal modo, las profesionales refieren en sus discursos que cuando intervienen con personas en situación de dependencia, se precisa intervenciones más intensas que requieren más apoyo y

supervisión familiar. Por consiguiente, los objetivos están en torno a la organización e implicación de estos, para la atención y cobertura de dichas necesidades:

“Una parte de información, orientación, tramitación, orientación de recursos y otra parte de apoyo, sobre todo al cuidador y últimamente estoy buscando mucho la involucración de la familia. Que se involucre, yo entiendo que tenemos un ritmo de vida, a una persona de avanzada edad dependiente y los hijos van...Está mi madre, ¿tú entiendes lo que le supone a tu madre cuidar a tu padre?” (E11 Salud semi rural).

La atención y orientación aparece vinculada a la elección de los recursos y la intervención se realiza acompañando en el proceso de envejecimiento. Partimos de que la finalidad de toda intervención implica que la persona tenga el máximo grado de bienestar posible.

Finalmente, en relación con los objetivos asistenciales dirigidos a la sociedad y/o a la comunidad, una profesional de los servicios sociales comunitarios señala crear recursos sociales como un propósito de su intervención.

“Intentar crear recursos, actividades, lo que sea para que la persona tenga una vida social más completa, engloba lo que necesita la persona, y lo que hace falta en el pueblo” (E2 SSC rural).

Es decir, trasciende la dimensión individual y familiar y se dirige al estudio de necesidades del municipio con la consiguiente creación de recursos.

8.1.1.4. Consideraciones generales

Una vez descritas las tres categorías de objetivos, consideramos adecuado conocer el peso de términos en los discursos profesionales. Para ello, realizamos varias consultas sobre la presencia de los términos identificados en las categorías de objetivos. En la siguiente tabla desglosamos las palabras principales que se recogen en la consulta de los discursos:

Tabla 8: Términos identificadas relativos a objetivos profesionales

Objetivos	Términos	Referencias	%
Promocionales	<i>Promover, desarrollar, acompañar, mejorar, implicar</i>	79	60,77%
Preventivos	<i>Prevenir, detectar</i>	15	11,54%
Asistenciales	<i>Atender, asistir, informar, orientar, gestionar</i>	36	27,69 %
Total		130	100%

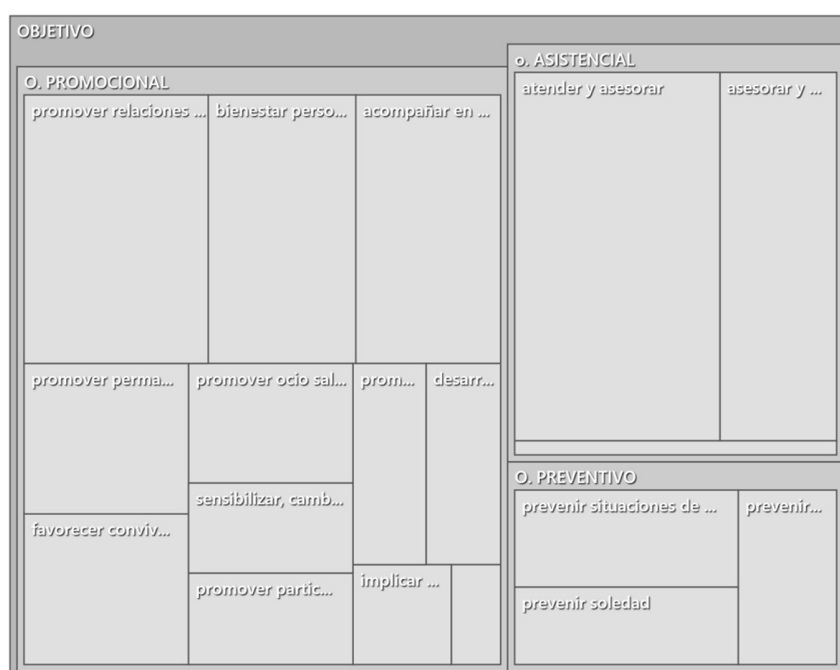
Fuente: Elaboración propia.

Vistas las categorías de objetivos, es relevante destacar el gran peso de los promocionales, ya que, una vez realizada la consulta de términos, de los 130 elementos seleccionados, un 60,77%

pertenece a la categoría de los promocionales, un 27,69% son asistenciales y, por último, un 11,54% preventivos.

Otra manera de acercarnos a la representación gráfica de los códigos identificados y de las categorías establecidas es a través de los mapas jerárquicos. Estos permiten visualizar de manera eficaz, el peso específico de los discursos asignados a los códigos, lo que nos permite conocer la importancia atribuida a los mismos. En consecuencia, el mapa jerárquico de la categoría de objetivos es el siguiente.

Figura 9: Mapa jerárquico de la categoría *objetivos*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En dicha figura, observamos que objetivos como atender y asesorar a personas mayores y a sus familiares; promover relaciones sociales positivas; mejorar el bienestar personal y prevenir situaciones de dependencia, tienen mayor presencia en las entrevistas que el resto de los objetivos. A continuación, en la siguiente tabla recogemos las codificaciones realizadas para cada tipo de objetivos atendiendo al número de entrevistas en las que se encuentran presentes:

Tabla 9: Objetivos atendiendo a la codificación

Objetivos	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Atender y orientar a las personas mayores	9	16	15,53%
Promover relaciones sociales	6	10	9,715%
Orientar y gestionar recursos	8	9	8,74%
Promover bienestar personal personas mayores y familiares	6	8	7,77%
Acompañar en el proceso de envejecimiento	5	8	7,77%
Prevenir dependencia	4	4	3,88%
Prevenir situaciones vulnerabilidad	2	5	4,85%
Favorecer convivencia positiva	5	5	4,85%
Promover permanencia domicilio	4	5	4,85%
Promover ocio saludable	3	4	3,88%
Prevenir soledad	3	4	3,88%
Promover envejecimiento activo	2	3	2,91%
Promover participación social	3	3	2,91%
Sensibilizar, cambiar la imagen pm	3	3	2,91%
Desarrollar acciones intergeneracionales	2	3	2,91%
Implicar a las familias en cuidados	2	3	2,91%
Atender situaciones de vulnerabilidad,	2	2	1,94%
Crear recursos	1	1	0,97%
Sentirse bien	1	1	0,97%
Total	12	103	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Esta tabla presenta, en primer lugar, el mayor peso en los discursos de los objetivos promocionales, en segundo lugar, de los asistenciales y, por último, de los preventivos.

Por otra parte, del análisis gráfico de los objetivos de manera aislada, los objetivos con mayor presencia, es decir con mayor número de codificaciones por parte de las entrevistadas, se vinculan en primer lugar, con atender las necesidades; en segundo lugar, con promover las relaciones sociales; en tercer lugar, con orientar y gestionar recursos, y, en cuarto lugar, con mejorar el bienestar integral y/o la calidad de vida de las personas mayores y sus familiares.

8.1.2. Discursos de las profesionales acerca de sus funciones

En el presente epígrafe, abordamos la vinculación existente entre las funciones profesionales desempeñadas por las entrevistadas y las recogidas en el Libro Blanco del Grado de Trabajo Social (ANECA, 2004). Una primera aproximación de las funciones profesionales la hacemos a través de la nube de palabras.

Figura 10: Nube de palabras vinculada a *funciones profesionales*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Así, la consulta de las palabras incluidas en las categorías de las funciones arroja resultados como *coordinación, equipo, atención, social, derivación, administrativa, promoción, participación, actividades* y *gestión*, entre otros.

En el análisis de las entrevistas hemos tenido en cuenta dicha categorización de ANECA (2004) como eje vertebrador de los discursos. En la siguiente tabla presentamos las funciones identificadas y el número de casos que la refieren:

Tabla 10: Funciones identificadas en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas

Función	N.º Casos	%
Atención directa	12	100
Coordinación	12	100
Promoción e inserción social	10	83,33
Planificación.	10	83,33
Evaluación	9	75
Preventiva	8	66,67
Gerencial	7	58,33
Investigación	3	25
Docencia	2	16,67
Mediación	1	8,33
Supervisión	1	8,33

Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos profesionales.

En cuanto al desarrollo de las funciones profesionales por parte de las entrevistadas podemos destacar varias cuestiones. En primer lugar, dos funciones, la atención directa y la coordinación, son referidas por la totalidad de las profesionales. En segundo lugar, las funciones de promoción e inserción social, se presentan en la parte alta de la tabla, siendo desempeñadas por un 83,33% de las profesionales. Una tercera cuestión, se relaciona con las funciones de evaluación, desempeñada por un 75%; la preventiva, un 66,67% y la gerencial, que es desempeñada por un 58,33. La última cuestión a destacar, es que cuatro funciones son desempeñadas por menos del 25% de las entrevistadas. Son las funciones de investigación, docencia, medicación y supervisión.

A continuación, vamos a desgranar los discursos vinculados a cada una de estas funciones.

8.1.2.1. Función de atención directa

Como se apuntó en el capítulo correspondiente según ANECA (2004):

La Atención Directa responde a la atención de individuos o grupos que presentan, o están en riesgo de presentar problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social. (p170)

En el presente trabajo entendemos que esta función incluye diferentes dimensiones tales como la información, orientación, valoración y detección de factores de vulnerabilidad con relación a dificultades sociales. A continuación, presentamos las mismas atendiendo al ámbito de intervención.

Tabla 11: Función de atención directa por ámbitos

Función Descripción <i>atención directa</i>	Ámbitos				Total	
	Gestión	SSC	SSE	Salud	N.º	%
Información	2	2	6	2	12	100
Orientación envejecimiento/ recursos familiares	2	-	6	2	10	83,33
Valoración (empleo de escalas) Detección de vulnerabilidades y factores de riesgo	2	1	4	2	9	75

Fuente: Elaboración propia.

Como vemos en la tabla, encontramos consenso entre las profesionales a través de su concreción en los roles expuestos anteriormente. De manera particular, la dimensión informativa es reconocida por todas las profesionales con independencia de su ámbito de intervención. Las profesionales identifican tareas relacionadas con orientación acerca del proceso de envejecimiento y sobre los recursos existentes en un 83,3% y, por último, un 75% refieren realizar tareas de detección de factores de riesgo y de valoración.

En esta línea, en los servicios sociales comunitarios la información constituye un elemento clave:

“Mis compañeras me pasan los temas estos, yo hago una primera información a la familia o al usuario” (E3 SSC urbano).

La profesional que realiza funciones de gestión a nivel autonómico también lo destaca:

“Desde este servicio prestamos información, orientación de los servicios sociales especializados, coordinando con otros servicios sociales comunitarios y especializados las plazas que van quedando libres” (E4 Gestión autonómica).

En un CPA que la entrevistada desempeña funciones directivas al preguntarle acerca de las funciones desempeñadas por la trabajadora social del mismo apunta:

“La atención directa al público información y orientación y derivación, sobre todo” (E5, CPA, R).

La información va relacionada con la orientación. Esta se refleja en diversos roles como son entre otros guía, consejera y asesora. Los discursos se centran fundamentalmente a nivel micro social con la situación de la persona mayor y su familia. Se orienta sobre la idoneidad o no de los recursos existentes, sobre las relaciones sociales y familiares, en definitiva, sobre todos los cambios vinculados al proceso de envejecimiento. En los discursos queda recogido de la siguiente manera:

“Hablando de las funciones que hago, estas son las propias del trabajo social, informes de los recursos, orientación en todos los servicios desde transporte, Renfe, de otra consejería, todos los recursos relacionados con personas mayores” (E5 SSE semi rural).

“Cuando me dice: “es que se pone agresivo conmigo, es que me tiene manía”. Entonces les explico la patología, la evolución que puede tener, todo tiene una evolución como que no son matemáticas, pero que entienda que no es algo personal contra él, que es fruto de

su enfermedad y valido un poco sus sentimientos. “Lo quiero mucho, pero que no puedo con él más, no lo soporto”. Que entienda que debe tener su espacio, que por eso no los quiere menos, ni lo hacen peor, es otra forma de hacer” (E11 Salud semi rural).

Como se puede ver, la orientación se relaciona con otras funciones como puede ser la de promoción, apoyo psicosocial y, en definitiva, con la promoción de la relación de ayuda entre profesional y persona mayor y/o familia.

Las acciones de orientación se dirigen, por una parte, a las personas mayores y sus familiares y por otra, a la propia entidad de la que forma parte la figura profesional. En este sentido, reclaman que sus criterios técnicos sean tenidos en cuenta por parte de las personas responsables del diseño de las políticas públicas.

“Me encantaría que nos preguntaran a los técnicos a la hora de organizar los servicios sociales, me encantaría. Estamos deseosos de decir humildemente lo que vemos en el día a día, y las personas que tienen la capacidad de organizar, que luego hagan lo que quieran, igual nosotros no entramos en presupuestos y en cosas que es difícil de organizar, pero a los técnicos no nos preguntan casi nada y nos encantaría que nos preguntasen algo y que hubiera una buena comunicación, a veces ves las cosas muy claras” (E8 SSE urbano).

Dichos discursos aparecen en las profesionales de servicios sociales comunitarios y de servicios específicos pudiendo deberse a la cercanía con responsables políticos.

Otro aspecto que aparece en los discursos se refiere a la detección de necesidades con la finalidad de orientar a las personas mayores y a sus familiares sobre los recursos adecuados según la situación concreta:

“Ver con los monitores profesionales que están dando varios cursos como ven el proceso de la gente, hay personas en las que se ve una involución a nivel cognitivo. Detectar, analizar y ver cómo está decayendo la persona y si vienen los familiares, hacer alguna descripción, consulta (...) Cuando los compañeros también lo ven, que se pierde, igual es un momento de que la familia se vaya planteando algún otro recurso, o que hagamos camino en los servicios sociales por si hay que apretar un botón” (E7 SSE urbano).

El diagnóstico forma parte de la atención directa y permite a las profesionales orientar sus intervenciones.

“Yo le llamo bio psicosocial. Hay una demanda implícita o explícita, yo diagnostico o detecto que hay unos déficits en las interrelaciones, en el sentimiento de la persona en cuanto interrelación social, a nivel socio sanitario, familiar, es un diagnóstico sutil y amplio de diferentes indicadores” (E6 SSE urbano).

8.1.2.2. Función de Promoción e Inserción Social

Una función que tiene presencia en los discursos profesionales es la de *Promoción e Inserción*. Es definida por el Libro Blanco de Título de Grado en Trabajo Social como:

Actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. También mediante el diseño y la implementación de las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales. (ANECA, 2004, p.171)

Se desprenden de los discursos varias dimensiones que integrarían esta función, tales como la atención y apoyo psicosocial, la relación de ayuda, tareas de acompañamiento y promoción del voluntariado entre otras. A continuación, presentamos las mismas atendiendo a su identificación como funciones, por parte de las profesionales de los diferentes ámbitos:

Tabla 12: Función de promoción e inserción social por ámbitos

Función Descripción Promoción e Inserción	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Apoyo psicosocial, relación de ayuda, empoderamiento	2	1	5	2	10	83,33
Acompañamiento proceso de envejecimiento	2	1	6	1	10	83,33
Promoción autonomía, voluntariado, participación	2	-	4	1	7	58,33
Sensibilización	2		5	1	8	66,67

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Una de las cuestiones que cobra peso en los discursos profesionales se vincula con la relación de ayuda. En esta línea, las entrevistadas consideran una fortaleza profesional la existencia del vínculo entre profesional y sistema cliente. Este vínculo ha de promover el cambio, la mejora de la calidad de vida de las personas y la justicia social. Cuestiones relacionadas con el apoyo psicosocial, la relación de ayuda y con el acompañamiento son referidas por un 83,33% de las entrevistadas. En segundo lugar, destacan cuestiones relacionadas con la sensibilización un 66,67% de las profesionales. Por último, un 58,33% identifican tareas relacionadas con la promoción de la autonomía, el voluntariado y el fomento de la participación

Así encontramos en los discursos el apoyo y la atención psicosocial. Esta función es señalada por casi todas las profesionales, salvo una de servicios sociales de atención primaria y otra de un CPA.

“Yo hago apoyo psicosocial a los cuidadores y que la familia tome conciencia de que tú necesitas una hora para irte a nadar. Hablar con los hijos, tú sabes cómo están las cosas en casa, sabes cómo está tu madre, le gustaría hacer esto que te parece, sin que ella se sienta culpable” (E11 Salud semi rural).

“Es algo que les ayuda mucho les ayuda a descargar, a sentirse mejor, apoyado” (E8 SSE urbano).

Proponen abordar cuestiones sociales, relacionales, anímicas, físicas de una manera sistémica, contemplando a cada persona como un todo y no de forma parcelada.

La relación de ayuda es presentada en varios casos como el principal recurso, como elemento facilitador del cambio de la persona, familia, grupo y/o comunidad. Los profesionales de atención primaria, además, destacan el acompañamiento junto a la relación de ayuda:

“El acompañamiento personal en todo. La relación de ayuda completa. Lo mismo que le informas de los servicios que hay, le escuchas. La gente muchas veces, lo que más agradece es que vayas un rato y te tomes un café. Le puedes contar que le ofreces los servicios que quieras, que bien te va a venir la teleasistencia, pero lo que necesita es un rato de escucha” (E2 SSC rural).

En la misma línea, refieren varias entrevistadas la función de empoderamiento como elemento significativo en la relación que establecen con la persona mayor. Se trataría de motivar, ayudar a la persona a crecer, a hacerse fuerte para que pueda tomar sus decisiones de una manera consciente y autónoma. Así lo explican varias profesionales de servicios sociales específicos para personas mayores:

“Con ese perfil de una intervención en el tiempo, empoderando a la persona desde lo más íntimo a lo más social, familiar, área de pareja” (E6 SSE urbano).

“Trabajamos también el empoderamiento de las personas para que sean autónomas” (E12 SSE urbano).

La segunda de ellas se corresponde con la función de acompañamiento a la persona mayor y sus familias en el proceso de envejecimiento. En esta función existe un gran consenso por parte de las profesionales. Valoran como clave de su trabajo acompañar, caminar al lado de, ser espejo, clarificar, entre otros. Aparece en diez de las doce entrevistas de manera explícita al abordar las funciones desempeñadas. Las profesionales de los CPA destacan la tarea de acompañamiento adaptándose a las necesidades emergentes:

“Hay que hacer un proceso de acompañamiento progresivo. Porque ahora atendemos a los que están super bien (...) a los que son totalmente autónomos y, por otra parte, están los del centro de día; pero ¿los del medio?” (E9 SSE urbano).

La profesional pone en valor el papel del acompañamiento y detecta la necesidad de realizar intervenciones específicas con las personas mayores que se encuentran en una situación de fragilidad incipiente. También las profesionales de salud abordan el concepto de acompañamiento superando el acompañamiento físico en cuanto a asistencia a gestiones e incorporan otras dimensiones:

“Hablo de acompañamiento en el proceso de envejecimiento de acompañamiento físico puntual a consultas médicas, porque si no, no va a ir a recoger el informe para poder gestionar la dependencia. Acompañamiento, tanto físico como en el proceso, (...) Y también apoyo psicosocial en las distintas etapas” (E10 Salud semi rural).

En otros casos, el profesional de TS se convierte en referente para la persona mayor abordando los déficits o dificultades:

“Somos los profesionales que informamos de muchos de los recursos y acompañamos en ese proceso que es muy duro a veces, y es una manera de sostén, que no se sientan solos, muchas veces el venir aquí contar una cosa, y saber que no es el único al que le está pasando en el mundo. Que lo verbalice es algo que les ayuda mucho. Ayuda a descargar” (E8 SSE urbano).

Otra de las cuestiones que aparece en los discursos, principalmente de las profesionales de los ámbitos de gestión y de servicios sociales específicos, es la promoción. Se orienta a la promoción de la autonomía, a la participación y al voluntariado entre otros. Tiene la finalidad de que puedan participar activamente y transformar la sociedad:

“Todo lo que es la potenciación del voluntariado en el propio centro” (E6 SSE urbano).

“Hay voluntarios si es verdad, de hecho, en nuestro centro hay actividades porque tenemos personas voluntarias muy comprometidas, actividades formativas y muy buenas. Es importante promoverlo” (E9 SSE urbano).

En ocasiones, las profesionales ponen en valor las iniciativas intergeneracionales y de voluntariado como mecanismos de sensibilización. A modo de ejemplo, los CPA desarrollan diferentes programas en esta línea:

“En un principio para aprovechar esa sabiduría y experiencia, y lo que nos hemos dado cuenta es que todos nos beneficiamos de todo, los abuelos y abuelas enseñan, pero también ellos ven que tiene mucho que aportar. Se sienten felices, valiosos y los niños también vienen aprender y se dan cuenta de que pueden enseñar cosas nuevas, porque tengas la edad que tengas, tienes algo que aportar en la sociedad, unas veces enseñan unos, otras veces enseñan otros, y es muy bonito porque así cambiamos también la imagen” (E9 SSE urbano).

“Necesidad de visibilizar un cambio. La realidad de las personas mayores es muy variada es muy diversa, no se debe ver solo la dependencia, dentro de la dependencia hay una dependencia que puede ser física o psicológica, existe el malestar de la dependencia, hay una vejez muy diversa” (E6 SSE urbano).

Constatamos que la relación de ayuda y promoción de la persona constituye para las profesionales la clave de sus intervenciones, y así, es puesta en valor en los diferentes discursos.

Visto lo anterior, podemos señalar que las funciones de promoción están presentes en la mayoría de los discursos profesionales. En concreto, todas las profesionales de servicios sociales

específicos, comunitarios y de salud establecen la relación de ayuda bien como una función y/o como objetivo a alcanzar.

8.1.2.3. Función Gerencial

Nos ocupamos ahora de la gerencia. ANECA (2004) considera que

Se desarrolla cuando el trabajador social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales. (p. 170)

Las respuestas reflejan la diversidad de la disciplina, al presentar la variedad de recursos, programas y prestaciones que han de coordinar, dirigir y/o gestionar. En la siguiente tabla presentamos la función gerencial atendiendo a los ámbitos profesionales:

Tabla 13: Función gerencial por ámbitos

Función		Ámbito				Total	
		Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Organización Gestión técnica de programas y recursos	Prestaciones básicas	1	2	-	-	3	25
	Programas de autonomía personal y prevención de la dependencia	1	-	5	-	6	50
	SAD, Centros de día y residenciales	1	1	-	-	2	16,66

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Tal y como refleja la tabla, destacan los discursos vinculados con programas de autonomía personal y prevención de la dependencia que son desarrollados por la mitad de las profesionales. En segundo lugar, se apuntan aquellos relacionados con la gestión de prestaciones básicas, siendo estas identificadas por el 25% de las entrevistadas; y, en último lugar, refieren cuestiones relacionadas con la gestión de centros de día y residenciales, señalando dicha tarea un 16,66% de las entrevistadas.

Un primer grupo está relacionado con la organización y gestión de las prestaciones básicas, y aparece en los discursos de las profesionales que desempeñan su labor en los servicios sociales comunitarios:

“Y yo que llevo toda la ayuda a domicilio y el trabajo que supone el seguimiento de casos, tramitaciones, que supone muchísimo trabajo” (E3 SSC urbana).

Un segundo grupo se relaciona con los programas de autonomía personal, prevención de la dependencia y de ocio y tiempo libre. Estas son apuntadas fundamentalmente por parte de las profesionales de gestión autónoma y de los servicios sociales específicos para personas mayores.

“Aquí también es muy importante la función de organizar todo lo que es un ocio saludable, activo que les enriquezca. La función de realizar, de coordinar todas las actividades y sus horarios, planificar, gestionar, listas de admitidos, comprobar asistencia, en definitiva, controlar todos los cursos que se hacen” (E8 SSE urbano).

“Organización de actividades con las empresas. Es coordinación, gestión con la empresa, gestión administrativa. Está el centro de día también hay bastante de gestión administrativa. La coordinación con el transporte, el primer ingreso del usuario y el carné de socio, que también hay una parte administrativa” (E9 SSE urbano).

En la misma línea, aluden a la gestión relacionada con la promoción del voluntariado y el desarrollo de acciones y proyectos bien comunitarios o promotores de iniciativas intergeneracionales.

“Hay voluntarios monitores y los retribuidos que están contratados a través de una empresa, son las empresas que preguntan que quieren los socios. Los voluntarios que son monitores de cursos, son nuestros usuarios a los cuales hay que ayudar y organizar” (E7 SSE urbano).

Por último, otro grupo la integran funciones vinculadas a la gestión y tramitación de servicios como la ayuda a domicilio, centros de día y residencias de personas mayores. Estas referencias aparecen en los discursos de los diferentes ámbitos, destacamos los de las profesionales que desempeñan puestos de gestión.

“Orientando en todo momento sobre los recursos más adecuados a cada situación. Primero orientando al proceso de valoración que se hace en Gobierno de La Rioja y después cuando hay un reconocimiento de grado en la elaboración del PIA, el problema individualizado de atención y que la familia del usuario conozca todos los recursos y todas las normativas de los diferentes recursos, las compatibilidades, incompatibilidades de cada uno de ellos, para que puedan optar, pueden decidir el tipo de apoyo que quieren” (E1 Gestión municipal).

“Desde el servicio de Personas mayores se trabaja con una planificación más orientada a la gestión de plazas y recursos, la labor de los trabajadores sociales del servicio, está orientado a la gestión de plazas” (E4 Gestión autonómica).

En suma, a nivel general, podemos destacar dos cuestiones: la primera, que son frecuentes las funciones que implican organización y gestión de programas y recursos de las profesionales, si bien, con diferentes niveles de responsabilidad. La segunda característica es la diversidad que se refleja en la variedad de programas, proyectos, recursos y servicios que dependen de la gestión e intervención de estas profesionales.

8.1.2.4. Función de Prevención

El siguiente grupo estaría relacionado con aquellas funciones que promueven la *prevención*. ANECA (2004) recoge la definición del Estatuto de la profesión (2001):

La actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. Elaboración y ejecución de proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos. (p.170)

Tabla 14: Función de *prevención* por ámbitos profesionales

Función	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Socioeducativa y educación informal	2	-	5	1	8	66,67%
Acciones de difusión	2	-	6	-	8	66,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

A la vista de las mismas, es preciso que destaquemos que dos terceras partes de las entrevistadas refieren realizar acciones preventivas bien relacionadas con la educación informal o bien de difusión.

En esta línea, dichos discursos se hacen eco de la importancia de la prevención. Así, apuntan cuestiones relacionadas con la prevención de la dependencia, de la soledad y de otros aspectos de vulnerabilidad social. Esto se ha descrito en el apartado anterior en clave de objetivos. Sin embargo, en el presente apartado se hace desde la perspectiva de las tareas necesarias para la consecución de dichos objetivos. El discurso de la responsable de gestión autonómica refiere la importancia de la prevención:

“Los centros de participación activa hemos estado más enfocados hasta ahora, en la prevención de la dependencia” (E4 Gestión autonómica).

También en los servicios sociales municipales destacan la función preventiva como elemento clave del envejecimiento activo:

“El colectivo de todas las personas mayores está ahí y está atendido por todas las trabajadoras sociales para la prevención de situaciones de vulnerabilidad. El colectivo de personas mayores es un colectivo muy amplio, que cubre una etapa muy larga de años, y tenemos las personas recién jubiladas o que llevan unos años de jubilación. Personas que no han trabajado pero que están ahí, que, de momento, no quieren hacer cosas relacionadas con su bienestar activo, su prevención de la soledad, dependencia, o simplemente tener un bienestar personal eso desde los centros de servicios sociales hay proyectos y programas que tienen que ver con ese envejecimiento activo con ese bienestar en la etapa de la vida” (E1 Gestión municipal).

“Desde la prevención de la dependencia y luego de atención a la dependencia; primero prevención, pero cuando llega el momento de la atención que no se rompa este proceso, es un continuo, en cada fase vas a necesitar tanto un tipo de recursos como una intensidad diferente de los recursos” (E9 SSE urbano).

Son varios los ejes que apuntan las profesionales cuando abordan la prevención. El primero está relacionado con acciones socioeducativas que buscan eliminar las causas que obstaculizan el proceso de envejecimiento activo y saludable. El segundo, se encuentra vinculado con la realización de acciones de difusión y sensibilización acerca del proceso de envejecimiento.

Las acciones socioeducativas reflejan su perspectiva preventiva en los discursos de las profesionales de diferentes ámbitos. Todas ellas desempeñan este tipo de acciones con diferentes temáticas relacionadas, entre otras, con cuidados a familiares, hábitos de vida saludable y participación. Están presentes en los discursos de profesionales de todos los ámbitos excepto en los de SSSS comunitarios. Presentan la finalidad de promover un impacto social a través las mismas:

“Comienzo con recursos, cosas básicas, como los cursos del centro de promoción y prevención de la autonomía personal, de ocio y tiempo libre. Yo cualquier ocio y tiempo libre que sea grupal considero que es terapéutico en sí mismo” (E6 SSE urbano).

Un segundo eje consiste en las acciones de difusión. Implica acciones dirigidas a la sociedad en general, o algún colectivo en particular, con el que muestra un paradigma de envejecimiento positivo basado en las fortalezas y la aportación social de este colectivo a la sociedad en general, y no tanto, en los déficits y necesidad de apoyo. Todo ello contribuye a la prevención de la discriminación por razón de edad:

“Cambiar la imagen que se tiene de las personas mayores, dejar de lado la imagen de que han dejado de lado lo mejor de su vida y transmitir la imagen de que tiene mucho que aportar, que tienen mucha sabiduría, conocimientos, experiencias que aprovechar” (E8 SSE urbano).

“Tenemos una población que cada vez es más mayor, que tenemos que cambiar el chip de que a partir de cierta edad no eres mayor, que ya está. Sino que tienes muchos años, muchas oportunidades por delante, con mayores más capacitados” (E2 SSC rural).

“Desde la consejería se puede plantear alguna acción, alguna formación en concreto interna o externa con entidades, como el día del mayor, que intentamos visualizar la imagen de las personas mayores, que no son solo las personas mayores con dependencia, sino que dentro de las personas mayores hay una gran población a la que queremos destinar también servicios y recursos” (E4 Gestión autonómica).

De manera general, podemos señalar que la prevención se presenta con fuerza en los discursos profesionales, al abordar cuestiones tales como la prevención de la dependencia, la intervención con personas mayores vulnerables y promoción de hábitos saludables, entre otros.

Destaca la presencia que tiene en palabras de las profesionales de servicios sociales específicos y de gestión, mientras que no se referencia en los discursos de las profesionales de servicios sociales comunitarios.

8.1.2.5. Función de Coordinación

Otra función a la que hacen referencia la mayoría de las entrevistadas es la *coordinación*. Esta es definida como:

Las tareas desempeñadas para determinar mediante la metodología adecuada las actuaciones de un grupo de profesionales, dentro de una misma organización o pertenecientes a diferentes organizaciones, a través de la concertación de medios, técnicas y recursos, a fin de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto. (ANECA, 2004, p.171).

Con relación a la misma, los discursos recogen dos dimensiones, una primera, interna vinculada con los equipos de trabajo existentes y una segunda, con una dimensión hacia el exterior. En la siguiente tabla se recogen estas y la presencia por ámbitos:

Tabla 15: Función de *coordinación* por ámbitos

Función	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Descripción <i>coordinación</i>						
Coordinación interna	2	2	6	2	12	100
Coordinación con otros recursos	2	2	3	1	8	66,67

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Observamos que la totalidad de las profesionales encuestadas reconocen la coordinación interna como función profesional. En el caso de la dimensión externa son dos terceras partes de las profesionales quienes la apuntan. Incluyen también en este apartado la derivación a otros recursos cuando es precisa.

Para la profesional de gestión autonómica esta función tiene gran trascendencia va ligada a la tarea de supervisión y de control de las metodologías empleadas:

“En nuestra parte como coordinación técnica también dentro de nuestra área la metodología que van a llevar a cabo estos centros, intentar que realmente sea así, que cumplan la metodología de atención centrada en la persona, la formación que se vaya a llevar, que los usuarios están bien atendidos según el programa” (E4 Gestión autonómica).

En los CPA también constituye una función relevante tanto desde un rol de coordinación en diferentes programas y servicios como de relaciones con otros sistemas:

“Aquí también es muy importante la función de organizar todo lo que es un ocio saludable, activo que les enriquezca, la función de realizar, de coordinar todas las actividades, horarios planificar, gestionar, listas de admitidos, comprobar asistencia, en definitiva, controlar todos los cursos que se hacen” (E8 SSE urbano).

“La coordinación de los profesionales en el centro de día. Todas las mañanas, tenemos una reunión, donde comentamos lo que ha pasado. Hablamos de lo que hacer cada día y sobre todo la coordinación con las familias” (E8 SSE urbano).

“En este caso, [haciendo referencia al ICI] estoy por el centro de participación, participamos en los espacios técnicos y también de los técnicos y de ciudadanía, porque son espacios mixtos. En concreto nuestro centro participa en la Comisión de salud comunitaria. Se trata de un espacio de trabajo permanente a lo largo del año, y se hacen reuniones y actividades comunitarias y de mayores que intervienen en el área de ciudadanía” (E9 SSE urbano).

Las profesionales hacen también alusión a la necesidad de más coordinación y reflejan la falta de reuniones de coordinación y la necesidad de unas acciones consensuadas:

“Alguna reunión nos pusieron cuando cambió la legislación, nos reunimos para fijar los requisitos, ahora ya no hay un espacio de coordinación establecido, alguna vez nos llaman de la consejería...” (E8 SSE urbano).

“En los centros de participación hay que estructurar y hay que dar un contenido social que esté elaborado programáticamente, es fundamental y básico, y deberíamos reivindicarlo, no sé cómo, podría ser con reuniones, no hay reuniones de coordinación” (E6 SSE urbano).

“En ese proyecto no hubo coordinación entre el profesional de trabajo cognitivo y el fisio, ni siquiera se conocían, se intentó hacer un programa, que no resolvió las necesidades que se planteaban” (E9 SSE urbano).

8.1.2.6. Función de Planificación

Otra de las funciones en las que observamos un gran consenso se refiere a la *planificación*. Esta es definida por ANECA (2004) como:

La acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de esta. Esta función se puede desarrollar a dos niveles: microsociales, que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales y macrosociales, que comprende el diseño de programas y servicios sociales. (p.170)

A continuación, en la siguiente tabla, presentamos los resultados de la presencia en los discursos de la función de planificación atendiendo a ámbitos profesionales:

Tabla 16: Función *planificación* por ámbitos

Función	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Planificación	2	2	5	1	10	83,33

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En los discursos, las profesionales aluden de manera explícita a la tarea de planificar. Podemos destacar la referencia a las intervenciones a nivel micro de cada profesional con el sistema cliente, siendo una fase clave del método profesional del TS:

“Intentando ver con los centros de participación activa en qué línea nos podemos mover desde el servicio, antes estábamos más enfocados en la prevención de la dependencia, y enfocarnos un poco más en esta área, viendo formación, actividades, qué proyectos podríamos hacer. Desde la consejería se puede plantear alguna acción, alguna formación en concreto interna o externa con entidades” (E4 Gestión autonómica).

“Desde los centros de servicios sociales hay proyectos y programas que tienen que ver con ese envejecimiento activo con ese bienestar en la etapa de la vida, que es principalmente el programa de vida sana” (E1 Gestión municipal).

En otras ocasiones, la planificación se refiere a proyectos de ámbito comunitario con diversidad de objetivos tales como promoción del voluntariado, implementación de acciones intergeneracionales y, en definitiva, iniciativas que promueven la acción social comunitaria. La profesional de gestión autonómica pone en valor todos los proyectos desempeñados por los CPA que promueven la participación activa y voluntariado de personas mayores:

“Dentro de los centros de participación me gusta mucho los proyectos que se desarrollan de acción local, programas intergeneracionales, me gusta mucho el papel que se les da a las personas mayores como voluntarios dentro de la organización” (E4 Gestión autonómica).

Los discursos reflejan cuestiones vinculadas con la elaboración de los pliegos de prescripciones técnicas, el diseño de contratos y la definición de planes, programas y proyectos sociales. Se observa también la presencia de esta función en el asesoramiento en la elaboración de normativa y propuestas formativas. Estando estas materias más vinculadas con una planificación macro.

“Por supuesto dotarlo de entidad dentro de un plan, y de una estrategia que considero necesaria, muy necesaria, enmarcarlo dentro del plan de envejecimiento, dentro del plan de personas mayores, me parecería que estaría bien para poder, materializar lo que se está haciendo a nivel práctico, en un marco formal y poder plantear acciones de futuro” (E4 Gestión autonómica).

8.1.2.7. Función de Evaluación

Tal y como apunta ANECA (2004), la función de *evaluación* tiene la finalidad de:

Constatar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempo empleados. También la de asegurar la dialéctica de la intervención. Indica errores y disfunciones en lo realizado y permite proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorece las aportaciones teóricas al trabajo social. (p.171).

En el siguiente cuadro anotamos las cuestiones relativas a evaluación que se extraen de los discursos atendiendo al ámbito de las profesionales

Tabla 17: Función de evaluación por ámbitos

Función		Ámbito				Total	
		Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Valoración de usuarios	Modificación de la planificación Atención incidencias Evaluación diagnóstica (empleo de escalas)	2	1	4	2	9	75%
Seguimientos de contratos		1	1			2	16,6%
Evaluación continua		1	1	4	-	6	50%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En relación con la función evaluativa un 75% de las entrevistadas recogen, de manera explícita en sus discursos, la tarea de valorar a las personas usuarias. La mitad de ellas hacen referencia a la importancia del desempeño de la evaluación continua y, finalmente, un 16,67% identifica la tarea evaluativa a través del seguimiento de contratos o de pliegos de prescripciones técnicas.

La evaluación, como etapa del proceso metodológico implica una planificación y toma de decisiones posteriores a la misma. Así, lo refleja el discurso de una profesional de gestión que toma en consideración un análisis comparativo de un servicio como criterio para la toma de decisiones.

“Después de una evaluación que hubo de comparar cómo estaban de descompensadas unos profesionales con otras, se decidió que todas las trabajadoras sociales atendieran a todos los colectivos” (E1 Gestión municipal).

Sin embargo, más allá de la actividad evaluadora desarrollada, algunas profesionales apuntan a la escasez de evaluación y a la falta de sistematización de esta:

“Es fundamental que existan unos espacios de reflexión, evaluación, investigación por qué no lo estamos haciendo, la evaluación la hacemos, decimos que las cosas están bien, que las personas van mejor, que la gente se apunta. Esta es nuestra evaluación. Hace falta rigor, indicadores, evaluaciones” (E6 SSE urbano).

“Yo creo que información, orientación, valoración, derivación y luego toda la parte de planificación, donde incidimos poco es en la evaluación, te hablo del centro de participación activa. Te hablo, porque ahora con la nueva empresa se pasa una evaluación

de las actividades, pero se debiera evaluar más, Debería ser una función, pero no se hace con suficiente rigor” (E5 SSE semi rural).

A diferencia de la evaluación de programas en los discursos aparecen referencias al seguimiento a usuarios. Dicho seguimiento en unos casos está más vinculado al acompañamiento de la persona mayor en su propio proceso de envejecimiento y, en otros casos, tiene un componente más administrativo y/o de gestión de incidencias. En este nivel micro de evaluación, se tiene en cuenta si se han conseguido los objetivos planteados en la planificación, es decir, si los resultados alcanzados son aquellos que se pretendían y que otros efectos han acontecido fruto de la intervención. Se reajusta la planificación y la intervención en función de estos. Se apunta también a un rol de intervención en incidencias:

“Nosotros vemos esa situación y la derivamos al servicio social especializado intentando que se ajuste el servicio a la persona. Si la adaptación ha sido buena no nos llegan incidencias; nos llegan, sobre todo, cuando la familia o la persona han visto algo, o hay algún problema, entonces volvemos a retomar” (E4 Gestión autonómica).

En diversos casos, también vinculada a la evaluación a través de escalas específicas relativas a personas mayores. Implica la realización de un diagnóstico social y la posibilidad de categorizar y establecer perfiles de personas mayores:

“Sería muy interesante hacer este programa de intervención cognitiva y de fisioterapia con una valoración. Abrir la atención de ese perfil de usuarios, que tienen dificultades, que tienen dependencia, pero no está reconocida y no están cubiertas por otros recursos” (E9 SSE urbano).

Junto a la evaluación a nivel micro, encontramos una dimensión macro que implica evaluar y analizar servicios, contratos para conocer si las decisiones estratégicas que se están tomando son acertadas. Se incluyen tareas como seguimiento de los contratos o de los pliegos de prescripciones técnicas, comprobación del cumplimiento de metodologías propuestas. Es desempeñada principalmente por profesionales responsables de programas o que desempeñan tareas de coordinación y supervisión de estos:

“Intentamos hacer un seguimiento de los proyectos que se valoran en los contratos, para que se vayan cumpliendo. En nuestra parte, como coordinación técnica, también en nuestra área, la metodología que van a llevar a cabo en esos centros intentar que también sea así, que cumplan con la metodología de atención centrada en la persona, la formación que se vaya a llevar, a que los usuarios estén bien atendidos según el programa que van diciendo, más allá del servicio de inspección “ (E4 Gestión autonómica).

8.1.2.8. Función de Investigación

Una función que resulta clave para el desarrollo del Trabajo Social como disciplina es la *investigación*. Esta es entendida como:

Proceso metodológico de descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas a fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada. (ANECA; 2004, p.171)

En la siguiente tabla recogemos las codificaciones vinculadas a la función de investigación atendiendo al ámbito profesional:

Tabla 18: Función de Investigación por ámbitos

Función	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Investigación	-	-	2	1	3	25

Fuente: Elaboración propia.

La función de investigación es identificada por un 25% de las profesionales, en concreto, del ámbito de servicios sociales específicos y de salud:

“Investigar es muy importante, colaborar en investigaciones, tener un tiempo para investigar, reflexionar sobre lo que estamos haciendo y también evaluar, para ver hacia donde tenemos que ir. Yo considero necesario que alguien de fuera que puede ser la universidad, u otros organismos. Es fundamental que existan unos espacios de reflexión, evaluación” (E6 SSE urbano).

A modo de ejemplo, un CPA desarrolla una línea de investigación vinculada a la recuperación de tradiciones, en particular, de juegos y oficios, y participa por otra parte, en una investigación relacionada con las nuevas tecnologías:

“Se ha trabajado el conocimiento de los oficios de hombres y mujeres, del campo ya que era una sociedad más agraria que industrial, los juegos, comidas, cocina tradicional, es importante volver y no perder la ecología, la reutilización de las cosas. Todo este tipo de conocimientos y también historias de vida, conocer nuestra historia, la posguerra, la transmisión a través de publicaciones, en los colegios, informaciones”(E6 SSE urbano).

“Trabajamos con la Universidad de Castellón, un tema de alfabetización digital que se llama Mayordomo, impulsado por la Facultad de Psicología Jaime I de Castellón, elaboró una plataforma digital con la finalidad de alfabetizar digitalmente a las personas mayores. Nosotros colaboramos con ellos e hicimos unos grupos de control de investigación, con este proyecto” (E6 SSE urbano).

La investigación unida a la transferencia del conocimiento abre las puertas del cambio en las prácticas profesionales y permite orientar las intervenciones de los profesionales de TS de manera más eficaz.

8.1.2.9. Función de Docencia

La *docencia* es otra de las funciones profesionales recogidas por el Estatuto de la profesión del Trabajo Social:

La docencia tiene el objetivo de impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de Servicios Sociales, tanto en las propias escuelas universitarias de Trabajo Social, como en otros ámbitos académicos, así como contribuir a la formación teórico-práctica pregrado y posgrado de alumnos/as de Trabajo Social y de otras disciplinas afines. Los diplomados en Trabajo Social/asistentes sociales, son los profesionales idóneos para impartir la docencia en las materias de Trabajo Social y servicios sociales. (ANECA, 2004, p.171)

Tal y como recoge el siguiente cuadro, sólo aparece de manera explícita en dos discursos profesionales ligada a los estudiantes en prácticas del grado de Trabajo Social.

Tabla 19: Función *docente* por ámbitos

Función	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Docente	-	1	1	-	2	16,67

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En cuanto a los ámbitos a los que pertenecen, una es profesional de servicios sociales comunitarios y la otra de un centro de participación activa. Ambas destacan los beneficios que aportan el estudiantado en prácticas a la dinámica del centro.

“La alumna en prácticas es de mucha ayuda para mí, esta alumna en prácticas es de mucha ayuda, aquí tengo todos los papeles (relativos a un proyecto), empezamos a elaborarlo hace unos días que teníamos más tiempo y de repente, al irse, se queda todo parado, era imposible” (E3 SSC urbano).

La docencia de enseñanzas teóricas vinculadas al TS y a los Servicios Sociales constituye un aspecto significativo, aunque con escaso reflejo en los discursos profesionales. Los discursos quedan limitados a la formación del alumnado de prácticas externas del grado de TS.

8.1.2.10. Función de Supervisión

La función de *supervisión* puede definirse como:

Proceso dinámico de capacitación mediante el cual, los diplomados en Trabajo Social/asistentes sociales responsables de la ejecución de una parte del programa de un servicio, reciben la ayuda de un profesional del Trabajo Social con la finalidad de aprovechar de la mejor forma posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes de forma que ejecuten sus tareas profesionales de un modo más eficiente y con mayor satisfacción, tanto para ellos mismos como para el servicio. (ANECA, 2004, p.170)

La misma es abordada de manera explícita en los discursos de dos profesionales, así se recoge en la tabla:

Tabla 20: Función supervisión por ámbitos

Función	Ámbito				Total	
	Descripción supervisión	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º
Supervisión	-	-	1	1	2	16,67

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Al igual que la docencia esta función es vista como mejora de la práctica profesional. Los discursos recogen la necesidad de supervisión, ante la falta de espacios de supervisión profesional reglados.

“No se apoya la inteligencia emocional, y no existe un espacio de supervisión.” (E3 SSC urbano).

“Yo como profesional necesito formación, investigación y supervisión. Eso es lo que me gustaría, porque estamos trabajando con el alma humana, de forma general con la normalidad y nosotros, específicamente, con aquellos que están más necesitados, tienen más carencias o son más vulnerables” (E6 SSE urbano).

8.1.2.11. Función de Mediación

La última función abordada es la de *mediación*. Esta es definida por ANECA (2004):

Catalizador que posibilita la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo. (p.171)

Tal y como se recoge en la siguiente tabla, en los discursos, sólo es expresada explícitamente como función por una profesional, cuando hace referencia a la intervención familiar, con la finalidad de resolver y/o abordar un problema o situación.

Tabla 21: Función de mediación por ámbitos

Función	Ámbito				Total	
	Descripción mediación	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º
Resolución de conflictos	-	-	-	1	1	8,33

Fuente: Elaboración propia.

En esta línea, una trabajadora social del sistema de salud apunta:

“Sería una función de mediación, mediar a nivel familiar, y que tomen conciencia de la situación de casa con sus padres. Hay muchas familias que me dicen” yo ya no puedo con mi padre, yo no sé qué hacer con mi padre, yo no puedo cuidarle”. Pasan la pelota a la administración, qué piensas vamos a ver, la administración tiene parte de responsabilidad, pero tú a qué puedes renunciar, como te puedes organizar” (E11 Salud semi rural).

A pesar de esto, de manera implícita cuando exponen su praxis se deduce, la ejecución de funciones de mediación tanto, entre miembros de una familia y también entre las personas usuarias y las instituciones, tal y como recogen los discursos de las profesionales:

“Las mujeres que van envejeciendo y eran las reinas de la casa, la responsabilidad recaía en ellas, eran matriarcales, llevaban la casa, las decisiones de lo que se invertía, el marido se limitaba a ir al campo a la fábrica, a lo que fuera, recaía sobre ella todas las cuestiones del marido, los hijos, los nietos, el campo también (...) asumir que ya no eres la parte central de toda la familia es muy duro, (...)le haces entender que no está mal que tenga una chica para echarle una mano. Tienen que entender que los hijos tienen su vida, ¿cómo haces entender eso? Es muy difícil” (E2 SSC rural).

8.1.2.12. Consideraciones generales

En la siguiente tabla desglosamos los términos incorporados en las consultas realizadas sobre cada una de las funciones atendiendo a su presencia en las entrevistas:

Tabla 22: Términos identificados relativos a la categoría funciones

Función	Términos	Referencias	Porcentaje
Coordinación	<i>coordinación, reunión, equipo, derivación</i>	79	21,64%
Planificación.	<i>planificación plan, programación, programa, proyecto</i>	74	20,27%
Promoción e inserción social	<i>apoyo psicosocial, relación de ayuda, acompañamiento, promoción, sensibilización</i>	43	11,78 %
Atención directa	<i>información, orientación, valoración, detección</i>	38	10,41%
Gerencial	<i>organización, gestión, gerencia</i>	38	10,41%
Evaluación	<i>evaluación, evaluativo, valoración, incidencias, seguimiento</i>	38	10,41%
Investigación	<i>investigación, encuesta, estudio</i>	21	5,75%
Preventiva	<i>prevención, educación informal, acción socio educativa, difusión</i>	13	3,56%
Docencia	<i>docencia, enseñanza, prácticas</i>	11	3,01%
Supervisión	<i>supervisión, control</i>	9	2,47%
Mediación	<i>mediación</i>	1	0,27%
Total		365	100

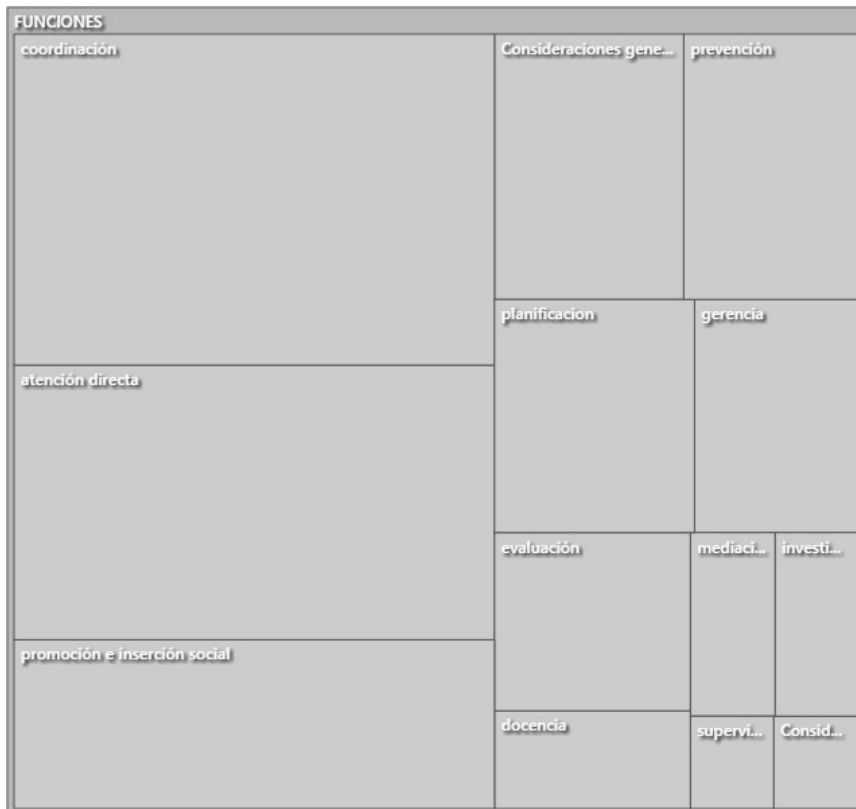
Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Observamos una presencia superior a 40 referencias en términos relacionados con coordinación (79), planificación (74) y promoción e inserción social (43). Por otra parte, las funciones inferiores

a 40 términos, se corresponden con atención directa (38), gerencial (38), evaluación (38), investigación (21), preventiva (13), docencia (11), supervisión (9) y mediación (1).

Una vez realizado el análisis atendiendo al número de los términos, abordamos las funciones teniendo en cuenta el peso de las codificaciones existentes en los discursos, para ello, utilizamos como apoyo los mapas jerárquicos. De este modo el mapa jerárquico de la categoría funciones es el siguiente:

Figura 11: Mapa jerárquico de la categoría *funciones*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Visto el mismo, podemos señalar que los discursos de las profesionales abordan en gran medida funciones como coordinación, atención directa y promoción e inserción social. En la siguiente tabla se recogen las codificaciones referidas a la categoría *funciones*.

Tabla 23: Funciones atendiendo a la codificación

Función	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Coordinación	12	41	26,62%
Atención directa	12	34	22,08%
Promoción e inserción social	10	21	13,64%
Preventiva	8	12	7,79%
Planificación.	10	12	7,79%
Gerencial	7	10	6,49%
Evaluación	9	9	5,84%
Docencia	2	5	3,25%
Investigación	3	4	2,6%
Mediación	1	4	2,6%
Supervisión	1	2	1,3%
Total		154	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Esta tabla representa en primer lugar el mayor peso en los discursos de las funciones de coordinación, atención directa y de promoción e inserción social. Un segundo grupo, con peso medio en los discursos, integrado por las de prevención, planificación, gerencia y evaluación. Y finalmente, un tercer grupo, con menor peso, en el que se incluyen las codificaciones relativas a las funciones de mediación, investigación, docencia y supervisión. Si bien, que exista un mayor peso en los discursos relacionados con una función concreta, no implica una mayor ejecución de la misma, sino que las personas entrevistadas apuntan a través de sus palabras un mayor o menor protagonismo con cada una de ellas.

En los discursos de las entrevistadas se reflejan dos cuestiones que consideramos relevante destacar. Por un lado, las funciones desempeñadas y otro lado, aspectos paralelos, tales como, la carga administrativa y la importancia de la comunicación eficaz.

En primer lugar, los discursos apuntan a la existencia de tareas de corte administrativo que son desempeñadas con una frecuencia alta por las profesionales. Reconocen la necesidad de estas, aunque plantean la búsqueda de fórmulas alternativas para que, la sobrecarga de estas, no obstaculice la relación profesional ni un adecuado desempeño. A modo de ejemplo la profesional de servicios sociales comunitarios apunta lo siguiente:

“La función administrativa implica una sistematización del trabajo, porque tú cuando sistematizas tu trabajo sabes y tienes que aplicar uno u otro programa, yo no le quito su importancia. Si consta en ese programa, que es necesario esas atenciones y de esa manera,

a lo mejor los poderes políticos cambien ciertas cosas para que eso funcione mejor” (E2, SSC).

De los discursos emanan tareas administrativas que son realizadas por estas, tales como, inscripción de actividades, cumplimentación de impresos, plataformas informáticas, solicitudes administrativas de recursos y tramitación de subvenciones entre otras. Todas las profesionales, salvo una de servicios sociales específicos, reflejan dicha cuestión en sus discursos. Consideran que existe una sobrecarga administrativa que implica la disminución de la calidad del servicio prestado y actúa como un *ladrón de tiempo*. A modo de ejemplo, destacamos los discursos de las profesionales de servicios sociales comunitarios:

“La parte administrativa sería otra función, que entiendo que tiene su importancia, que conste el trabajo que estamos haciendo. Porque de cara la consejería si no lo has rellenado no sé qué, parece que no has hecho nada. Le dan un botoncito, sacando estadísticas y aparecen solo siete, y no son siete, son 700 pero no los he metido. Ahí se pierde mucho tiempo de calidad para la gente. Yo no puedo estar pensando que no me da tiempo para meter algún Protecnia cuando tengo una persona delante que lo que quiere es que le escuches” (E2 SSC rural).

“En esta zona les ayudamos a las asociaciones a tramitar las subvenciones” (E2 SSC rural).

“Organización de actividades con las empresas y en coordinación y gestión con la empresa y gestión administrativa. También está el centro de día también hay bastante de gestión administrativa” (E9 SSE urbano).

“Si hubiera personal administrativo, sería fabuloso, porque yo desconozco muchas cosas de cómo archivar, la gestión de expedientes.” (E2 SSC rural).

Estas tareas en muchos casos son sentidas como una sobrecarga, tal y como se desprende del siguiente fragmento:

“Yo fuera papeles y, fuera programas informáticos, lo odio, nos machacan, estamos todos los días con formación, mira te explico un expediente administrativo de ayuda a domicilio. Entra la señora, les hago el papel solamente el de ayuda domicilio, le digo lo que tiene que añadir, que me lo dejó a la entrada no le digo que venga pedir otra cita, porque le podía decir que lo deje en la entrada. Yo lo cojo, lo meto en mi carpeta, previamente he cogido el teléfono de la hija de la señora, ya he llamado a la hija, le digo mañana vamos a ir a visitarte a tal hora. Voy a visitarle con la coordinadora de la empresa, hasta hoy yo le estaba dando de alta, vemos que servicio necesita, el horario, qué tipo de problemática, yo llego aquí completo los datos y lo entrego para registro, a los tres o cuatro días me vuelve del registro. XX abre un programa informático municipal, y lo meten en Protecnia, abre expediente de Protecnia, me lo pasa a mí, cuando yo tengo tiempo, meto a la intervención entro en el programa informático municipal y hago el informe técnico, el informe de la propuesta y el decreto ya para la firma del secretario de alcalde. Cuando firman, yo se lo paso a XX y XX se lo notifique al interesado, y yo paso a otro programa

informático del gobierno de La Rioja de ayuda domicilio y meto los datos de la persona, el informe, las horas asignadas, las horas que se le ponen, el precio hora, el grado de dependencia y le doy de alta en el sistema. A la vez mando el informe a la empresa para el alta, todo eso para un expediente de ayuda domicilio. Tú dime, esto no puede ser, es vergonzoso, somos administrativos, somos gestores, no somos trabajadores sociales. Todo eso acompañado de si tiene prestación económica, doscientos papeles más, doscientos de teleasistencia, más centro de día, residencia, estancia temporal, hay personas que solicitan todo, de una persona un tocho así de papeles, es horrible” (E3 SSC urbano).

Entienden que una parte de estas son responsabilidad y función del profesional pero que otras muchas tareas impiden el desempeño de roles específicos de intervención social. Justifican que la falta de personal administrativo en los centros ocasiona que estos trabajos tengan que ser implementadas por este perfil profesional.

Es decir, los discursos que apuntan a que el exceso de trabajo administrativo redunde de manera negativa en el desempeño de acciones vinculadas al acompañamiento, al apoyo psicosocial, en definitiva, de una relación de ayuda de calidad. Esta idea aparece en profesionales de servicios sociales comunitarios, específicos y de salud. Exponen las diferencias entre ambos. A modo de ejemplo una profesional de salud relata su experiencia tras varios años trabajando en servicios sociales comunitarios:

“Yo he notado una gran diferencia entre servicios sociales y salud, en servicios sociales yo he trabajado con la persona mayor entra por la puerta, dependencia, PIA, designar un recurso. “pin, pan” necesidad y aplicación de un recurso. Igual es muy simplificado” (E11 Salud semi rural).

Para abordar estas situaciones proponen organizar y simplificar las tareas administrativas, posibilitando una atención social más eficiente y relacionadas con aspectos preventivos, de promoción y de atención social.

“Dejaría en segundo plano el trabajo administrativo, no puedo permitirme estar una mañana rellenando solicitudes de dependencia” (E2 SSC rural).

“Con el mapa de funciones pensamos que es importante unificar las funciones mientras yo pensaba que todo esto lo hacían los de las compañeras, mi sorpresa es que yo lo tengo aquí desde el momento en el que entré y otras compañeras no lo tenían. Empezamos a ver que era importante, que las funciones fueran coordinadas” (E7 SSE urbano).

La segunda cuestión, que surge en los discursos al abordar las funciones, hace referencia al “cómo”, a la manera de desempeñar las mismas. Apuntan en sus respuestas la importancia de aspectos relativos a la comunicación eficaz, la escucha activa, la observación consciente y el respeto, entre otros. Las profesionales los consideran como elementos clave para el adecuado desempeño profesional:

“Cualidades como respeto, capacidad de comunicación, buen trato. Se trata de calidad y cualidad.” (E6 SSE urbano).

“Porque si falla la comunicación de confianza y empezamos una relación tensa,... Intentando ser muy claros, que ellos nos aporten todo lo que hay para mejorar” (E8 SSE urbano).

En definitiva, podemos señalar que las entrevistas abordan la variedad de funciones y roles desempeñada en la práctica diaria, en unas ocasiones de manera positiva y en otras, desde la falta de especialización y de recursos. En todos los casos, poniendo en valor la importancia de la relación de ayuda profesional, el acompañamiento y el apoyo psicosocial.

8.1.3. Discursos de las profesionales acerca de los niveles de intervención

En el presente apartado vamos a abordar los discursos de las personas entrevistadas atendiendo a los niveles de intervención de TS: individual, grupal y comunitario (Moix, 1991; Barbero, 2004; ANECA, 2004). Como en los anteriores, realizamos una primera aproximación a dichos niveles a través de la nube de palabras.

Figura 12: Nube de palabras de la categoría *niveles de intervención*



Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos profesionales.

Esta nos muestra como términos destacados palabras tales como comunitario, individual, nivel, grupos, grupal e intervención, entre otras.

Para su presentación, en la siguiente tabla identificamos los niveles en los discursos profesionales:

Tabla 24: Niveles de atención identificados en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas

Nivel	N.º Casos	%
Nivel individual	12	100
Nivel grupal	12	100
Nivel comunitario	12	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos profesionales.

Las profesionales aluden en sus discursos a los tres niveles de intervención, bien para explicar cómo lo desarrollan, o bien para referir la falta de implementación de los mismos. Podemos apuntar que las profesionales intervienen en los diferentes niveles de intervención en diferente grado:

“Trabajo a nivel individual, a nivel grupal, y a nivel comunitario. A nivel individual las atenciones que vayan surgiendo, (...) y resolviendo, acompañando, informando. Depende un poco de la demanda una intervención social más amplia” (E6, SSE).

A continuación, anotamos las características más significativas de cada uno de estos niveles.

8.1.3.1. Trabajo Social individual, familiar

Tal y como señala Barbero (2003):

El Trabajo Social de casos busca orientar las intervenciones tendentes a abordar el conocimiento y la mejora de las situaciones sociales personales o familiares (...). El sujeto protagonista de esta estrategia es la persona y el abordaje se concreta en las relaciones bidireccionales individuo-sociedad y en la personalidad, subrayando que, en gran medida, esta última es resultado de aquellas. (p. 424)

Las entrevistadas coinciden al valorar la importancia de este modelo de intervención en su práctica profesional. Tal y como se apunta en la siguiente tabla, todas las profesionales destacan las intervenciones individuales.

Tabla 25: Nivel individual por ámbitos

Nivel	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Nivel individual	2	2	6	2	12	100

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

El nivel individual presenta un consenso profesional y así lo muestran los discursos:

“La intervención es a nivel individual y familiar. Que la familia también entienda lo que está pasando en casa y que en la medida de lo posible se impliquen” (E11 Salud semi rural).

“A nivel individual acompañar, informar, a cada persona acompañarle en que quiere hacer en estos años, que no siempre es posible, hay veces que vienen a hacerse el carné,

no saben muy bien, para acceder a los servicios, para participar en actividades, pero todavía no se han hecho a la idea, sobre todo cuando están recién jubilados. Hay que darse un tiempo para pensar que quieres hacer” (E9 SSE urbano).

Sin embargo, observamos matices en estas apreciaciones, a modo de ejemplo, las profesionales de servicios sociales comunitarios abordan la burocratización de estas intervenciones y cómo estas conllevan una pérdida de la calidad del servicio:

“Y yo que llevo como toda la ayuda domicilio y el trabajo que supone el seguimiento de casos, tramitaciones que supone muchísimo trabajo, en detrimento de mi servicio, para que el servicio funcione bien, yo pueda conocer a la gente, las problemáticas y pueda actuar, necesitas visitar a la gente de forma continuada, porque ahora lo único que hago es una única visita. Si me pongo hablar,.... ¿Y cómo gestionó el servicio en estos momentos?” (E3 SSC urbano).

“Al final es mucha carga de individual y el grupal y comunitario lo dejamos en un segundo plano, sobre todo el grupal porque comunitario funciona organizando charlas y grupos, gimnasia activa, talleres de memoria, que son espacios comunitarios” (E2 SSC rural).

Una profesional se refiere a la totalidad de las profesionales de su ayuntamiento y destaca las intervenciones individuales y familiares:

“Le daría importancia a nivel individual, porque es el que proporcionalmente más tiempo y probablemente, más casos, conlleva. Por la atención de despacho, visitas domiciliarias, atención individual necesaria, para atender a la persona con todos esos principios que antes comentaba, por ello, el nivel individual, es muy importante, necesario, incuestionable, y sin él no podríamos individualizar cada atención.” (E1 Gestión municipal).

En otros casos ponen el acento en la relación de ayuda y la necesidad de poner en valor este vínculo entre el o la profesional y la persona y su familia. En esta línea, las profesionales ponen en valor la dimensión de acompañamiento en el proceso de envejecimiento como eje de su práctica profesional. Describen las diferentes fases que pueden acontecer en el envejecimiento, desde la autonomía, pasando por la fragilidad y finalmente la dependencia y cómo el profesional de TS “camina al lado de cada persona y su familia”:

“Hacer todo el acompañamiento a la persona de la familia en todo el proceso de dependencia, que es un proceso largo. Momento que una persona empieza con determinadas limitaciones para su día a día, ese transcurrir de muchos años, las trabajadoras sociales, acompañen a la persona en todo ese proceso” (E1 Gestión municipal).

En definitiva, constatamos que todas las profesionales con independencia de su ámbito profesional intervienen principalmente a nivel individual. Estas atenciones ocupan la parte del tiempo de trabajo, en ocasiones derivan en una gestión burocrática que dificulta el desarrollo de

intervenciones grupales y/o comunitarias. Esto se expresa fundamentalmente por las entrevistadas del ámbito de servicios sociales comunitarios.

8.1.3.2. Trabajo Social Grupal

El Trabajo Social de Grupo tal y como recoge Barbero (2003):

Es una estrategia para abordar problemas sociales personales mediante la organización de situaciones grupales. En esta gran estrategia el individuo aparece como sujeto protagonista de relaciones interpersonales dentro de una situación grupal que se van a convertir en experiencia emocional y educativa significativa (...). Concentra su interés en las relaciones que establece el individuo en un grupo y el grupo como resultado de esas relaciones interpersonales. (p. 432-433)

El nivel grupal se encuentra presente en todos los discursos de las profesionales. Así, apuntamos en la siguiente tabla:

Tabla 26: Nivel grupal por ámbitos

Nivel	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Nivel grupal	2	2	6	2	12	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

A la vista de los discursos de las profesionales de los diferentes ámbitos apuntamos diferentes escenarios. En primer lugar, distinguimos entre aquellas intervenciones grupales que son desarrolladas directamente por los trabajadores sociales de aquellas que no los son. Es decir, que la función del profesional se enmarca en la valoración y derivación a un grupo dirigido por otro profesional. Por último, identificamos un tercer escenario en el que no se desarrolla TS grupal.

En el primer supuesto, son las profesionales de los servicios sociales específicos de personas mayores y de salud quienes desarrollan con mayor frecuencia TS grupal. En el primer caso, se puede comentar a modo de ejemplo, el grupo dirigido por la profesional de un CPA que lleva más de 20 años de evolución y ha pasado por diversas etapas. Nació como grupo de apoyo a personas cuidadoras mayores y se ha ido adaptando a las necesidades de las participantes. El rol de la profesional se ha ido modificando y adaptando a las circunstancias y necesidades:

“Yo he llevado grupos, a mí me parece muy interesante. Grupos de cuidadores, hace muchos casos a través de la formación a cuidadores, primero dar una información, de la gente que se estaba formando” (E6 SSE urbano).

Las profesionales del ámbito de salud desarrollan con carácter general iniciativas grupales en las que participan personas mayores. En este caso, no están dirigidas exclusivamente a este colectivo, sino que tienen una dimensión comunitaria. Las temáticas abordadas son diversas:

“Yo soy una fan de los niveles grupal y comunitario. Por ejemplo, a nivel grupal el tema del tabaquismo y vamos a comenzar con los malestares, el de malestares lo llevaría yo directamente con una observadora; y el de tabaquismo también una observadora y yo. Intento trabajar que dentro del equipo de salud haya diversos profesionales, porque esto nos da una gran riqueza para abordar las diferentes problemáticas, por ejemplo, otro que queremos poner, queremos hacer un grupo para enfermos de diabetes” (E10 Salud semi rural).

Otras profesionales ponen en valor el TS grupal como promotor del voluntariado. En este escenario, varias profesionales de centros de participación lo vinculan a la promoción del voluntariado cuando se les pregunta acerca de los niveles de intervención y de manera concreta sobre el grupal:

“Un poco de todo según las circunstancias, individual 3 o 4 días a la semana son de atenciones de promoción de salud, autonomía, coordinación y uno o dos días esa atención a los grupos, los grupos te reclaman, vamos a tener una obra de teatro, buscar el material, no todo el día lo dedicas a eso, sino que vas a ver cómo van evolucionando los grupos, sus necesidades, lo vas haciendo a la par” (E7 SSE urbano).

“Individual, grupal bastante con el tema de voluntariado, trabajamos individual y grupal” (E5 SSE semi rural).

“Sí, desarrollamos acciones grupales, cafés tertulios, han tenido un grupo de duelo para usuarios que habían tenido pérdidas, se ha hecho Cruz Roja fuera del programa” (E12 SSE urbano).

En segundo lugar, encontramos un escenario en los que las profesionales valoran a las personas usuarias para su incorporación en diferentes grupos dirigidos por otras profesionales sean o no trabajadores/as sociales:

“Individual sí, a nivel grupal no. Trabajo social grupal no hago, hago la coordinación de los grupos, detección de necesidades, pero trabajo social grupal no” (E9 SSE urbano).

“Grupos, a mí me gusta mucho los grupos, de intervención comunitaria. Yo a las intervenciones individuales, depende de las circunstancias derivo a las personas a los cursos de cuidadores, a los que hace el ayuntamiento con mujeres y los lleva el centro de coordinación, es una trabajadora social del centro de coordinación” (E6 SSE urbano).

El rol de detección de necesidades es fundamental para orientar al recurso grupal más idóneo ofertado por la entidad. Grupos de temática diversa como por ejemplo “*Vida Sana*” del Ayuntamiento de Logroño, desarrollo personal, habilidades sociales y estimulación cognitiva de los centros de participación entre otros, son algunos de los espacios existentes:

“La trabajadora social detecta esa necesidad de mantenerse en un grupo, relacionarse con otras personas, hacer actividades que mejoren su bienestar físico, emocional, social. El programa de vida sana, su proyecto es cubrir todas las facetas de la persona y que pretende mantener a la persona activa, relacionada” (E1 Gestión municipal).

Una tercera situación, hace referencia a la inexistencia de acción grupal, principalmente entre las profesionales de los servicios sociales de primer nivel quienes apuntan que es un nivel que se encuentra en una situación de “abandono” debido a la falta de desarrollo de iniciativas grupales en su ámbito laboral:

“El tema grupos que lo tengo bastante abandonado. Primero, porque me parece difícil en estos pueblos; segundo, porque yo creo que no tengo la formación necesaria, me gustaría formarme más la dinámica grupal, para llevar un grupo creo que me falta formación. Tenemos que trabajar más en grupal y comunitario” (E2 SSC rural).

“Nosotros hacíamos grupos, cuando se creó el sistema de servicios sociales (...) se dotó de recursos a todos los ayuntamientos, esto se cortó totalmente, aparte de eso, ahora estamos lleno de papeles, de programación; entonces sí que trabajamos mucho el tema de grupos” (E3 SSC urbano).

El nivel individual es el principal, el nivel más grupal no lo desarrollan ellas, las trabajadoras sociales de base, no realizan grupos con personas” (E1 Gestión municipal).

Tal y como hemos ido señalando a lo largo del epígrafe, las entrevistadas, en algunos casos, realizan autocrítica y plantean propuestas como la necesidad de formación específica, la organización del tiempo e incluso manifiestan la inquietud de coordinar grupos.

Al mismo tiempo, exponen iniciativas grupales innovadoras e interesantes dirigidas a personas mayores y que podrían ser desarrolladas en su ámbito de intervención. En concreto, una profesional expone los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria andaluces y explica:

“Las trabajadoras sociales tienen pautados 10 u 11 sesiones de intervención social grupal, comunitaria e individual. Cogí información porque lo tiene todo público y gratuito, las sesiones y los materiales elaborados. En mi caso, yo me las elaboraba previamente, sobre la comunicación, el asertividad, las prácticas para trabajarlos” (E6 SSE urbano).

Observamos que, los escenarios de TS Grupal reflejan la diversidad de las intervenciones profesionales. Ejercer en este nivel, normalmente, no es una cuestión exigida por las entidades, sino que tal y como refieren está vinculado a la disposición, inquietud, motivación y organización de cada profesional.

8.1.3.3. Trabajo Social Comunitario

Siguiendo a Barbero (2003) el TS Comunitario:

Pretende orientar el abordaje de situaciones sociales colectivas mediante la organización y la acción asociativa. Se trata de un abordaje que se centra a la hora de constituir (crear) y mantener (sostener) un grupo en torno a la elaboración y a la aplicación de proyectos de Desarrollo Social. (p. 427)

Al igual que en los ámbitos anteriores, los discursos profesionales relacionados con la dimensión comunitaria están presentes en todos los ámbitos, tal y como mostramos en la siguiente tabla:

Tabla 27: Nivel comunitario por ámbitos

Nivel	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Nivel comunitario	2	2	6	2	12	100

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

A pesar de esta presencia en los discursos, a nivel práctico observamos un gran dilema. Hay entidades en las que existe un gran desarrollo comunitario, y otras, en las que estas son escasas. En los ámbitos de salud y de los centros de participación se visualizan estos extremos. Entidades cuyos profesionales están muy comprometidos en la dimensión comunitaria y otras, que limitan los mismos a acciones puntuales y aisladas con diversas entidades:

“También realizamos acciones comunitarias, trabajamos diferentes temas, uno de ellos es favorecer un cambio de visión del envejecimiento, no como algo negativo, sino la potencialidad, como otra etapa más, igual a las demás, ni mejor ni peor, no tienes por qué ser más vulnerable cuanto más edad tengas, o ser un gasto para el sistema público, todo lo que es la potenciación del voluntariado en el propio centro” (E6 SSE).

“El trabajo de comunidad se hace, no sé si trabajado con objetivos, pero se hace mucho, de los pueblos pequeños más y en el medio rural deberíamos centrarnos más” (E5 SSE).

Las profesionales exponen los proyectos en los que participan tales como “Intervención Comunitaria Intercultural” (ICI), “Siempre Acompañados” y diferentes proyectos intergeneracionales:

“Luego por otro lado, los trabajos comunitarios. Ahora estamos con el programa de Siempre Acompañados y con el programa ICI, que últimamente requiere bastante trabajo de reuniones, actividades. El ICI es el proyecto de intervención intercultural que llevamos en los barrios de San José y Madre De Dios” (E9 SSE urbano).

Algunas profesionales manifiestan su motivación y predisposición a intervenir de manera comunitaria:

“Porque yo soy de trabajar a nivel comunitario, hacer cosas grupales y trabajar a nivel comunitario, si fuera una buena opción trabajar de forma coordinada con el centro de participación activa, o con el ayuntamiento de aquí que ya me he coordinado, con los profesionales de aquí para hacer alguna cosa” (E10 Salud semi rural).

En otras ocasiones, manifiestan que existe un escaso desarrollo comunitario; así una profesional de salud señala que lo que realiza desde su ámbito son acciones puntuales, como por ejemplo, charlas:

“Comunitario es lo que menos se hace y lo que más se debiera de hacer y desde mi punto de vista. Lo que se hace son charlas, hice una charla en el centro de participación activa para que conociesen los programas que trabajo, pero quitando eso...que yo que sepa ahora mismo no hacemos más. Nos coordinamos con diferentes instituciones, pero nivel comunitario es una asignatura pendiente” (E11 Salud semi rural).

De la misma manera, las profesionales de entidades locales reflejan diferentes posiciones. Por un lado, las profesionales de municipios pequeños y medianos apuntan en sus discursos una escasa intervención comunitaria, limitada a charlas y acciones puntuales. Justifican dicha situación por el exceso de trabajo administrativo y la falta de tiempo:

“Al final es mucha carga de individual y el grupal y comunitario lo dejamos en un segundo plano” (E2 SSC rural).

“Comunitario dejamos de hacer hace años, antes hacíamos. Esto ha cambiado mucho de cuando yo empecé a trabajar, que gente mucho más antigua que yo, nos ha metido burocracia, documentos y papeles” (E3 SSC urbano).

Sin embargo, en el ayuntamiento de Logroño esta dimensión cobra más fuerza al estar ligada tanto al Consejo de Personas Mayores municipales integrado por representantes de diferentes entidades de personas mayores del municipio, como a proyectos comunitarios tales como *“Siempre acompañados”* limitado a zonas del área metropolitana:

“También se atiende a nivel comunitario, se está pudiendo desarrollar, siempre se ha desarrollado, desde el Consejo de Mayores, con esa intervención en la participación. Yo creo que actualmente, se está potenciando bastante, con el programa Siempre Acompañados, porque este programa, quiere atender la soledad, no hace una atención individual a la soledad, sino una intervención comunitaria. Que todos los agentes de una comunidad, de un territorio, de un barrio, sean activos en la detección de situaciones de soledad y también en las repuestas” (E1 Gestión municipal).

Las profesionales coinciden en valorar de forma positiva este nivel de intervención, reclaman más espacios de intervención comunitarios y destacan su valor para trabajar en el cambio de paradigma de las personas mayores. Por otra parte, señalan principalmente la falta de tiempo como un obstáculo para un desempeño comunitario.

8.1.3.4. Consideraciones generales

Vistos los niveles de atención, es relevante destacar que, a la luz de las consultas por términos identificados, existe una presencia alta de aquellos vinculados con los códigos del ámbito grupal

y del comunitario. Los relacionados con la dimensión individual tienen un peso menor. Los resultados de la consulta se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 28: Términos identificados relativos a la categoría *niveles de atención*

Niveles	Términos	Referencias	Porcentaje
Individual	<i>Individual, individuo, casos</i>	80	21,74%
Grupal	<i>Grupo, grupal</i>	161	43,75%
Comunitario	<i>Comunidad, comunitario</i>	127	24,51%
Total		368	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En primer lugar, se encuentran los términos vinculados con el código “grupal” que presentan un 43,75% de dichas referencias. En segundo lugar, la dimensión “comunitaria” incorpora un 24,51% del total de los términos referenciados para la familia de “nivel”. Finalmente, las referencias de los términos “individual” suponen un 21,74% de las mismas.

Así, en la siguiente tabla, recogemos las codificaciones realizadas con la categoría nivel atendiendo al número de entrevistas:

Tabla 29: Niveles de atención atendiendo a la codificación

Función	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Individual	12	20	34,48%
Grupal	12	17	29,31%
Comunitario	12	21	36,21%
Total	12	58	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

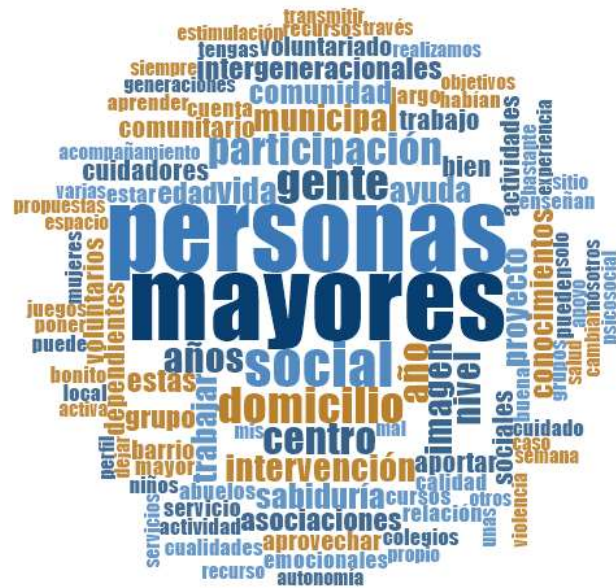
Esta tabla representa en primer lugar un peso equilibrado en el número de codificaciones relativas a los diferentes niveles de intervención. Destacan, en primer lugar, los discursos relacionados con la dimensión comunitaria (36,21% de los mismos); en segundo lugar, los relativos al nivel individual (34,48%) y finalmente los vinculados con la dimensión grupal (29,31%). Es decir que en los discursos profesionales las referencias a los niveles de intervención se muestran presentes de una manera equilibrada.

8.1.4. Discursos de las profesionales acerca de los servicios y/o programas

En el presente apartado vamos a abordar los discursos de las personas entrevistadas con relación a los servicios y programas que desempeñan en su práctica profesional. De tal manera, que una de las preguntas realizadas tiene la finalidad de conocer aquellos servicios y /o programas que son más significativos para las mismas. Con dicha cuestión, no tuvimos como pretensión la elaboración

de una cartera, ni un inventario de recursos; sino conocer aquellos recursos utilizados por las profesionales y que, desde su punto de vista, aportan un valor significativo a sus intervenciones. Así, la nube de palabras nos permite obtener una primera aproximación de las cuestiones con mayor presencia en los discursos vinculados a los servicios

Figura 13: Nube de palabras de la categoría *servicios y/ programas*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

La consulta nos presenta como palabras destacadas *personas, mayores, social, domicilio, centro y participación*, entre otras. Términos que nos apuntan hacia donde caminan los discursos de las profesionales vinculados con los servicios y programas dirigidos a las personas mayores.

A la vista de las entrevistas para codificarlas, tomamos como referencia la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales de La Rioja (Decreto 31/2011). Esta define los servicios y prestaciones garantizados por las Administraciones Públicas de La Rioja y, en concreto, del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia. Sin embargo, sólo aparecen de forma explícita los servicios que pertenecen a la categoría de Atención a la dependencia. La cartera recoge las prestaciones básicas y también servicios como los servicios de ayuda a domicilio (SAD), los Centros de Día y las estancias residenciales principalmente. La categoría realizada, a la luz de las respuestas, se organiza en cuatro áreas. La primera, vinculada con aquellos servicios, proyectos y/o actividades que buscan promover la autonomía de la persona. Una segunda, dirigida a atender las necesidades de las personas cuidadoras. La tercera área, integrada por los recursos y servicios dirigidos a la atención a personas en situación de

dependencia. En la última se han incorporado aquellos relacionados con la participación de la persona mayor. En la siguiente tabla presentamos estos atendiendo al número de profesionales que lo referencian:

Tabla 30: Servicios y/o programas identificados en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas

Servicios/programas	N.º Entrevistadas	%
Promoción de la autonomía	11	91,67%
Atención a la persona en situación de dependencia	8	66,67%
Apoyo a las personas cuidadoras	8	66,67%
Participación social	10	83,33%

Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos profesionales.

De los resultados observamos que la mayoría de las profesionales (91,67%) destaca como relevantes programas orientados a la promoción de la autonomía de las personas mayores. Un 83,33% refiere aquellos que promueven la participación social en sus diferentes líneas; y finalmente, el 66,67% de las entrevistadas ponen en valor la relevancia de los servicios orientados a las personas mayores en situación de dependencia y los dirigidos a las personas cuidadoras de estas.

A continuación, vamos a detallar el análisis de discurso relacionado con los programas y servicios dirigidos a las personas mayores.

8.1.4.1. Servicios de promoción de la autonomía personal

En primer lugar, encontramos aquellos que tienen como finalidad la promoción de la autonomía, y buscan favorecer que la persona mayor sea independiente el mayor periodo de tiempo. La siguiente tabla recoge la presencia de estas en los discursos de las profesionales:

Tabla 31: Servicios dirigidos a la promoción de la autonomía atendiendo al ámbito profesional

Promoción de la autonomía	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Actividades terapéuticas	2		5	2	9	75%
Atención social	1	1	4	2	8	66,67%
Actividades de ocio y tiempo libre			5	1	6	50%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Vista la tabla podemos señalar, en primer lugar, que un 75% señalan como significativos los programas terapéuticos. En segundo lugar, un 66,67 % de las profesionales apuntan a los servicios de atención social. Y finalmente, la mitad de ellas plantean la relevancia de acciones vinculadas con el ocio y el tiempo libre.

El primer grupo lo integran aquellas actividades y recursos con una finalidad terapéutica en sí misma. Buscan promover el bienestar físico, psicológico y social. En este bloque se encuentran talleres y cursos que tratan de abordar los déficits y necesidades que tienen las personas mayores. En este caso, se describen iniciativas tales como terapia ocupacional, desarrollo personal, gimnasia recuperadora, estimulación cognitiva, promoción de hábitos saludables y habilidades sociales entre otras. Estas se reflejan en los discursos de las profesionales principalmente de los CPA y en ocasiones de las trabajadoras sociales de entidades locales y de los centros de salud.

Yo priorizaría los cursos de memoria, tenemos actualmente los cursos de memoria, pero podríamos hacer más promoción de la autonomía personal. También los cursos de desarrollo personal como el curso de “vivir como yo quiero”. Ahí metemos muchas cuestiones de género. Mujercitas que descubren que a sus 80 años pueden decidir lo que quieren hacer en su vida y que no tienen que hacer todo lo que les marca su papel como mujer-madre-esposa. Son cursos muy buenos, porque ellas empiezan hacer un proyecto personal, que no lo he hecho nunca ver qué es lo que a mí me hace feliz, esos cursos son muy interesantes. Yo los priorizaría, en un principio nos costó que salieran adelante porque generaban en resistencia, pero una vez que los han probado los tenemos a tope” (E8 SSE urbano).

“Destacamos los de promoción de la autonomía: memoria, desarrollo personal, promoción de la autonomía, psicomotricidad, salud, terapia ocupacional” (E7 SSE urbano).

La profesional de gestión municipal referencia el programa de “Vida Sana” y destaca los contenidos que se trabajan en el mismo y sus beneficios:

“Se trabaja la estimulación cognitiva, física y la inteligencia emocional, como nos posicionamos ante cosas y la resolución de conflictos. Con ese objetivo desde los servicios sociales de promoción del envejecimiento activo y de oportunidad para las propias personas de hacer una actividad que las tenga conectadas con su realidad, su entorno a todos los niveles” (E1 Gestión municipal).

El segundo grupo, orientado a la promoción de la autonomía es el servicio de atención social. Entendida en términos de la intervención con una finalidad de apoyo psicosocial basada en el acompañamiento a lo largo del proceso de envejecimiento, en la relación de ayuda, en la voluntariedad y en la diversidad de técnicas utilizadas para la consecución de los objetivos previstos:

“A través de todas esas actividades y de mi apoyo, mi acompañamiento, mi intervención junto con esas actividades” (E6 SSE urbano).

Entienden que esta atención se complementa con los cursos y servicios descritos anteriormente.

El tercer grupo incluye a todas aquellas acciones vinculadas con el ocio y tiempo libre, tales como, iniciativas artísticas, culturales, tecnológicas, recreativas, que tienen como finalidad ofrecer

espacios en los cuales las personas puedan desarrollar diversidad de talleres y actividades. Estas son expuestas exclusivamente en los servicios específicos para personas mayores, concretamente en los CPA.

“Tenemos actualmente pintura de cristal, pintura libre, taller de costura, coral, acordeón, cultura general, teatro, belenes y todo lo relacionado con informática” (E8 SSE urbano).

“Programar actividades de todo tipo de cursos, formativas, de ocio, fiestas, actuaciones musicales. Servir de enlace para los grupos, rondalla, teatro si le reclaman de otros sitios. Servir de enlace y hacer todo tipo de actividades lúdicas, culturales, promocionales” (E7 SSE urbano).

En esta línea alguna profesional señala el riesgo de “estancarse” en las actividades y los cursos:

“Yo veo que nos hemos quedado muy estancados en los cursos, dependerá también de centros, eso ha servido para un momento concreto y hay que continuar haciéndolo, pero creo que no nos podemos quedar ahí” (E5 SSE semi rural).

Otra cuestión apuntada por una entrevistada responde a situar en un plano de mayor importancia las relaciones que se establecen en dichos talleres y cursos, que en los contenidos trabajados. Así esta profesional define la finalidad de estos:

“Favorecer la sociabilidad, la interrelación, el bienestar social” (E6 SSE urbano).

Una vez abordadas las cuestiones relativas con este código realizamos una consulta introduciendo en la misma los términos más relevantes vinculados a la misma, y así, confirmamos en los discursos la alta presencia de los servicios de promoción a la autonomía.

8.1.4.2. Servicios de apoyo a las personas cuidadoras

La atención y el apoyo a las personas cuidadoras de personas en situación de dependencia se pone en valor en los discursos profesionales de las entrevistadas. En la siguiente tabla recogemos la presencia de estas en los discursos de las profesionales:

Tabla 32: Servicios dirigidos a la atención a las personas cuidadoras atendiendo al ámbito profesional

<i>Atención a las personas cuidadoras</i>	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Acompañamiento social	1	1	4	2	8	66,67%
Servicios de respiro familiar	1	1	3	2	7	58,33%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como observamos en la anterior tabla, un 66,67 de las profesionales destacan los servicios de acompañamiento y apoyo psicosocial que desarrollan con las personas cuidadoras, y un 58,33% considera relevantes aquellos que están vinculados con el respiro familiar.

Es decir, servicios relacionados con el apoyo psicosocial, el respiro familiar, los grupos de apoyo y formativos entre otros cobran importancia en los discursos.

En primer lugar, las profesionales ponen en valor la tarea de acompañamiento a las personas cuidadoras y el apoyo y asesoramiento a las mismas, bien de manera individual como grupal. Tal y como apuntamos a continuación, estos aparecen descritos por las profesionales de todos los ámbitos:

“Algo que veo, cuando son matrimonios muy, muy mayores y uno de ellos enferma que veo la gran dificultad del otro miembro para cuidarlo. Eso da mucha penita que tengo que afrontar esa dificultad, ese problema, cuando el cuerpo no te sigue y es muy duro” (E8 SSE urbano).

“Los cuidadores familiares se resienten, para eso el programa de respiro familiar. Es algo que las trabajadoras sociales tienen muy presente, y que orienta, aconseja, para que en cualquier momento una persona cuidadora, se dediquen tiempo así misma, puede participar de talleres que le traslade la perspectiva del cuidado desde distintas disciplinas, o, se integra en el taller que para nosotros es un taller principal, que es el taller de autoayuda, de apoyo mutuo, (...) El cuidado no solo de los dependientes sino también de los cuidadores, es muy importante” (E1 Gestión municipal).

“Son muy importantes los programas de respiro familiar, son programas complementarios al servicio de ayuda domicilio y abordan todo el problema de la soledad. Yo esto lo hago a veces con el INEM, con el servicio Rojano de empleo (...) que tengas ganas de vivir, de hacer actividades” (E3 SSC urbano).

“Otra parte de apoyo, sobre todo al cuidador y últimamente estoy buscando mucho la involucración de la familia” (E11 Salud semi rural).

Las profesionales de CPA que tienen servicios de centro de día integrados en el mismo, apuntan el efecto de respiro que tienen estos centros para las personas cuidadoras:

“Intentamos hacerlo con los medios que tenemos, es más por el respiro familiar, que la persona está atendida” (E9 SSE urbano).

8.1.4.3. Servicios de atención a las personas en situación de dependencia

Un tercer grupo integra aquellos servicios que se ha denominado de atención a la dependencia. Incluye aquellos recursos y servicios que se pueden activar cuando la persona se encuentra en situación de dependencia. A pesar de la diversidad de estos, se pueden señalar diferentes servicios que se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 33: Servicios dirigidos a la atención de las personas en situación de dependencia atendiendo al ámbito profesional

Atención a las personas en situación de dependencia	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Servicio de ayuda a domicilio	1	2	-	-	3	25%
Otros servicios: centros de día, centros residenciales	2	2	4	-	8	66,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos de las profesionales.

Los discursos profesionales apuntan que, un 25% de las entrevistadas destacan de manera particular los servicios de ayuda a domicilio y un 58.33% de las mismas valora otros servicios, como por ejemplo, centros de día y centros residenciales.

En primer lugar, tal y como recoge la Cartera de Servicios del Gobierno de la Rioja encontramos las prestaciones básicas y derivada del apoyo a la unidad de convivencia destaca el servicio de ayuda a domicilio. Este servicio adquiere una gran presencia en los discursos profesionales de ámbito municipal:

“En nuestro servicio a nivel municipal es muy importante el servicio de ayuda domicilio, que los trabajadores sociales valoran, las trabajadoras sociales hacer un seguimiento, tienen bastante apoyo de los coordinadores de las empresas de ayuda domicilio” (E1 Gestión municipal).

“El servicio domicilio, es fundamental, contempla la limpieza de la casa, el aseo personal y también el acompañamiento para sacar a pasear una persona, para tomarse un café, para mí, esa es la ayuda a domicilio” (E2 SSC rural).

Cuanto mayor es el municipio mayor es la diversidad del servicio. Así se recogen mejoras tales como, niveles adicionales de prestación que incluyen la atención a colectivos vulnerables, diversidad de perfiles profesionales como terapeutas ocupacionales, psicólogos y fisioterapeutas entre otros, y también, el servicio de comidas a domicilio:

“Y un servicio que ha ido, con el paso de los años, introduciendo mejoras significativas para nosotros, ha ido dotándose de profesionales más especializados como psicólogos, terapeutas ocupacionales, que han permitido ofrecer un servicio de ayuda a domicilio, no solo asistencial, sino también preventivo, que va cubriendo estas facetas de una manera lo más profesional posible. Un servicio de ayuda domicilio que también ha ido desarrollando niveles adicionales, o poniendo el foco de atención en personas que, por ley de dependencia, inicialmente, y por la normativa y decreto que regula el servicio de ayuda domicilio en esta comunidad autónoma, algunos colectivos se quedaron fuera de esas normas. El Ayuntamiento ha ido generando niveles adicionales para poder atender a estos colectivos, una atención más completa posible, para todas las personas que lo necesiten,

en este sentido los niveles tradicionales de dependencia y la atención a las personas mayores vulnerables” (E1 Gestión municipal).

Identifican dificultades tales como la alta carga administrativa generada por la gestión de recursos y la desmotivación de los profesionales.

“Y yo que llevo como toda la ayuda domicilio y el trabajo que supone el seguimiento de casos, tramitaciones que suponen muchísimo trabajo, en detrimento de mi servicio, para que el servicio funcione bien, yo pueda conocer a la gente, las problemáticas y pueda actuar, necesitas visitar a la gente de forma continuada, porque ahora lo único que hago es una única visita” (E3 SSC urbano).

En segundo lugar, las entrevistadas ponen en valor otros servicios como los centros de día y las residencias. Los primeros, son valorados como un recurso clave por la mayoría de las profesionales, tanto de servicios sociales de primer nivel y de los CPAs, fundamentalmente por aquellas que tienen integrado en los centros dicho recurso.

Son estas profesionales quienes abordan los factores positivos de esta coexistencia de ambos recursos sociales. Consideran la idoneidad para responder a las diversas necesidades derivadas del proceso de envejecimiento en el ámbito comunitario, así explica una profesional:

“A mí me gusta mucho trabajar en el centro de día, sí que es cierto que es un plus de trabajo, pero estoy encantada, me gusta mucho, el centro de día es un trabajo totalmente diferente al centro de participación. El trabajo social tiene un papel fundamental en la acogida, con una persona que llega al centro el primer día, atender a la familia como a la usuaria. Explicarles un poco como funciona, es el primer momento que suele ser delicado porque no se sabe dónde van a llegar y es un cambio importante, atender sus necesidades” (E8 SSE urbano).

Otra cuestión apuntada respecto a los centros de día, se relaciona con la falta de perfiles de usuarios y, por consiguiente, la dificultad de dar respuesta a las diferentes necesidades de atención:

“En el centro de día cambiaría cómo están organizados, los usuarios que acceden al centro de día son muy diferentes y cuesta muchísimo dar lo que necesita cada uno. Hay personas de cognitivamente está fenomenal y físicamente tiene la limitación o al revés. Que te vengan personas tan diferentes con espacios tan pequeños, dificulta poder atenderlos bien, yo si pudiera, que no esté en mi mano, lo que me encantaría es que se reformaran los centros de día, para poder atender a la gente de una manera mejor. Igual es una locura, yo dividiría en centros de día que atendieran temas físicos, y otros, que atendiera más los deterioros cognitivos” (E8 SSE urbano).

Otras profesionales señalan la dificultad de acceso a los mismos, bien ligado a la lista de espera, o bien a la inexistencia de recursos, tal y como ocurre en algunos municipios más pequeños:

“En mi zona no tenemos centro de día, tenemos una residencia concertada, pero centro de día no tenemos, tampoco hay centros de participación activa, hay hogares, asociaciones de jubilados” (E2 SSC rural).

8.1.4.4. Servicios de promoción de la participación social

Un cuarto grupo está integrado por aquellos proyectos que promueven la participación social de las personas mayores. En la siguiente tabla recogemos las principales cuestiones apuntadas en los discursos atendiendo al ámbito profesional:

Tabla 34: Servicios dirigidos a la promoción de la participación atendiendo al ámbito profesional

Promoción de la participación	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Diversidad voluntariado ej. docente, intergeneracional y acción social	2	2	6	-	10	83,33%
Representación social	1	1	3	1	6	50%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En esta categoría podemos diferenciar varios grupos. Por un lado, aquellos vinculados con la participación en proyectos de voluntariado de diversa índole y, por otro lado, los que están ligados con órganos de representación social.

Una primera línea identifica acciones de voluntariado, muestra el potencial de las personas mayores para ser productivas socialmente. Todas las entrevistadas, exceptuando las profesionales del ámbito sanitario, ponen en valor el rol de voluntariado de las personas mayores. Sin embargo, dichas iniciativas, únicamente se desarrollan por los servicios sociales específicos:

“Todo lo que es la potenciación del voluntariado en el propio centro, que ellos sean docentes de distintos cursos, que les apetezca, les interese, que tengan los conocimientos, cualidades y que se formen, que tengan una disposición personal para llevar grupos. Cualidades como respeto, capacidad de comunicación, buen trato. Se trata de calidad y cualidad” (E6 SSE urbano).

“Siempre hay un grupo que participa a tope, hay un grupo de voluntarios que consideran el centro como algo propio, que pueden aportar, un grupo de voluntariado importante, generoso. Hay otros mayores que no participan aquí como voluntarios, pero sabes que están en otras entidades, hay mayores comprometidos, yo creo que el tema del voluntariado sirve para muchos mayores, una alternativa a la jubilación, pensar en un proyecto de vida que te satisfaga ya no sé si sería en estos centros” (E9 SSE urbano).

Con relación al desempeño del voluntariado, tal y como describen las profesionales de los CPAs, se observan diferentes niveles. El primer nivel se vincula con un voluntariado de menor exigencia e implicación, dirigido a la colaboración en actividades puntuales o de día. Un segundo nivel se relaciona con el monitoraje de cursos de formación y talleres acordes con las capacidades y competencias de las personas mayores.

“Tenemos alrededor de 36 monitores voluntarios dando cursos, una monitora que lleva cine fórum, baile, la gente de las comisiones (...) No todos están en todo” (E7 SSE urbano).

Mi papel ahí sería hacer que cualquier persona que quiera estar colaborando, haciendo que tenga una necesidad y unir esas cosas (...). juntar aficiones y personas” (E7 SSE urbano).

El tercer nivel incluye la participación de la persona mayor en proyectos sociales. Estos, atendiendo a los discursos, pueden ser de diferentes tipos, intergeneracionales, interculturales o vinculado con otras cuestiones sociales. Por un lado, aquellos que presentan una dimensión de intergeneracionalidad promueven el beneficio mutuo de ambas generaciones, como por ejemplo, huertos sociales, escuelas de abuelos, oficios y juegos tradicionales, entre otros:

“Desde hace años hemos apostado por las intergeneracionales. Que tengan buena convivencia en el barrio. Tenemos la gran suerte de estar ubicados en un sitio que está rodeado de muchos colegios y que podíamos hacer un trabajo social comunitario, es lo que a mí me apetecía. Generar sinergias, utilizamos la sabiduría y la energía que tienen las personas mayores y, por otro lado, enseñamos a los niños pequeñitos, que están en edad de aprender; y así realizamos varias intergeneracionales a lo largo del año. En un principio, lo hicimos para aprovechar esa sabiduría y experiencia, y lo que nos hemos dado cuenta es que todos nos beneficiamos de todos” (E8 SSE urbano).

“Los juegos, comidas, cocina tradicional,...es importante volver y no perder la ecología, la reutilización de las cosas. Todo este tipo de conocimientos y también historias de vida, conocer nuestra historia, la posguerra, la transmisión a través de publicaciones, en los colegios, informaciones” (E6 SSE urbano).

Por otra parte, otras profesionales ponen el acento en la interculturalidad como el programa “ICI” que busca promover la convivencia intercultural.

“El ICI, el proyecto de intervención intercultural que lleva en los barrios de San José y Madre De Dios 8 años. Es una programación que se hace a lo largo de los años y hay tres comisiones trabajando, hay varios espacios. Espacio técnico, espacio técnico y de ciudadanos y, por último, espacio institucional. Yo, en este caso, estoy por el centro de participación, participamos en los espacios técnicos, y también, de los técnicos y de ciudadanía, porque son espacios mixtos” (E9 SSE urbano).

Un tercer grupo, estaría integrado por aquellas acciones de voluntariado ligadas a acciones sociales de diversa índole como puede ser el proyecto de “Siempre Acompañados”, que tiene como finalidad prevenir e intervenir con la soledad no deseada:

“Ahora estamos con el programa de Siempre Acompañados y con el programa ICI, que últimamente requiere bastante trabajo de reuniones, actividades” (E9 SSE urbano).

Las profesionales de los CPA entrevistadas apuntan la posibilidad de diseñar acciones y proyectos adaptados a las necesidades detectadas en la comunidad y la ventaja de estos centros de abordar la dimensión comunitaria.

A nivel general, con relación al voluntariado, se diferenciarían dos grandes grupos de discursos. En primer lugar, aquellos que ponen el acento en las consecuencias positivas que implica la participación en proyectos de voluntariado tales como, los beneficios de este, la capacidad de abordar las necesidades de las personas mayores y problemas sociales:

“Cambio de visión del envejecimiento, no como negativo, sino la potencialidad, como otra etapa más, igual a las demás, ni mejor ni peor, no tienes por qué ser más vulnerable cuanto más edad tengas, ni ser un gasto para el sistema público, todo lo que es la potenciación del voluntariado en el propio centro es clave ” (E6 SSE urbano).

“Dentro de los centros de participación me gusta mucho los proyectos que se desarrollan de acción local, programas intergeneracionales, me gusta mucho el papel que se les da a las personas mayores como voluntarios dentro de la organización, me parece que es muy interesante, el tema del envejecimiento activo me parece que le tenemos que dar un protagonismo dentro del servicio, hemos intentado visualizarlo a través de la organización de las Jornadas de Personas Mayores” (E4 Gestión autonómica).

El segundo grupo de discursos, a pesar de reconocer el potencial de este, se centra en las dificultades y propuestas, como la falta de formación, la necesidad de establecer límites y el riesgo de otorgar privilegios al voluntario, entre otros:

“Me parece muy importante la formación del voluntariado y que conozcan sus límites. Cuando se encuentren con temas más profundos hay que transmitir que informen al profesional. Yo como voluntario me limito a lo que yo sé. Tiene las dos vertientes, que te sirva como recurso para la población de la zona y que esas personas voluntarias, que también son parte de la zona, se sientan útiles, una doble vertiente muy importante. Es fundamental una formación porque la gente es muy atrevida” (E2 SSC rural).

“Entendemos que había que acabar con el concepto anterior de voluntariado malentendido y renovar las opciones (...).Esto empezamos el año pasado a cambiar el concepto, acabar con un voluntariado malentendido basado en privilegio” (E7 SSE urbano).

Por otra parte, la segunda cuestión relacionada con la promoción de la participación es apuntada por la mitad de las profesionales de cada ámbito, quienes abordan la participación a través de órganos de representación, bien sea a través de juntas de participación de CPA, de consejos de personas mayores o de entidades asociativas en general. Así, refiriéndose al Consejo Municipal de personas mayores de una entidad local, la entrevistada apunta:

“Es un trabajo en una doble dirección, por una parte, veo que cuestiones que interesan a los mayores, y que deben de tener en la agenda municipal una presencia, una respuesta; y, por otra parte, cuestiones que les afectan a los mayores, y que se desarrollan desde el ámbito estatal, autonómico, local. Que los mayores tengan análisis, una visión y una reflexión de todo eso, que acontece por ellos, que tengan una opinión más cualificada, más

crítica, en fin, que en el engranaje municipal también los mayores tengan esa responsabilidad” (E1 Gestión municipal).

Otra profesional pone en valor el papel del trabajador social como facilitador del tejido asociativo en el entorno rural:

“Esas asociaciones no tienen trabajador social, estamos luchando para que no se vayan abajo, cuando se van haciendo mayores los que sean presidentes, en muchas no hay relevo, el movimiento asociativo en los pueblos está bastante abandonado” (E2 SSC rural).

8.1.4.5. Consideraciones generales

Vistos los servicios y los programas señalados por las profesionales entrevistadas, realizamos la consulta de los términos más significativos de cada una de las categorías.

Tabla 35: Términos identificados relativos a la categoría *servicios y/o programas*

Servicios/programas	Términos	Referencias	%
Promoción a la autonomía	<i>Tiempo libre, terapia ocupacional, estimulación cognitiva, “memoria, atención social, cursos, talleres, actividades</i>	236	40
Atención a las personas cuidadoras	<i>Cuidador, cuidados, respiro, sobrecarga</i>	80	13,56
Atención a las personas en situación de dependencia	<i>Ayuda a domicilio, centro de día, residencias” y dependencia</i>	140	23,73
Participación social	<i>Participación, voluntario, intergeneracional, intercultural, junta, consejo</i>	134	22,71
Total		590	100

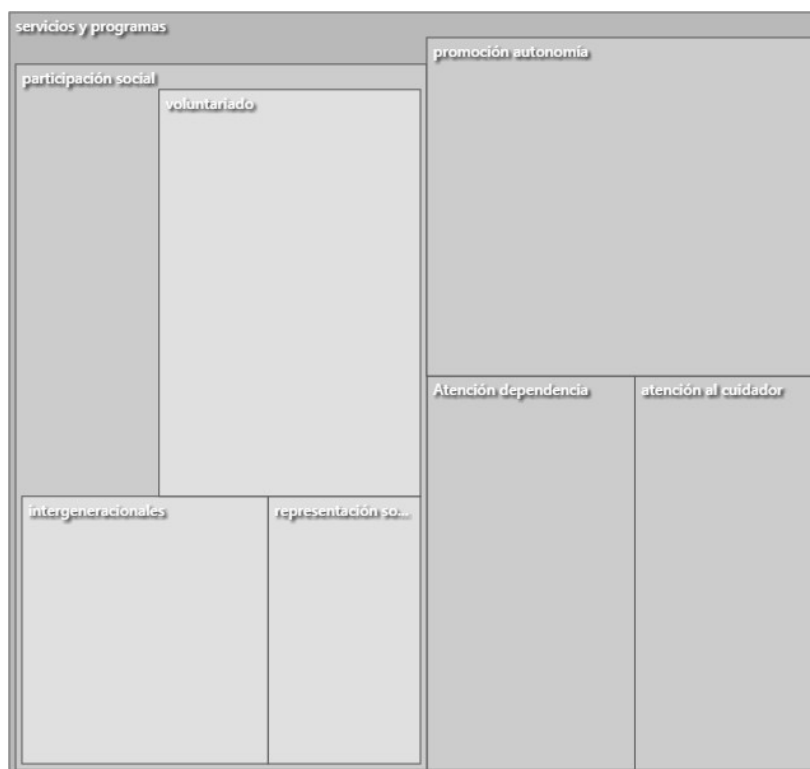
Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Observamos una presencia alta de los términos vinculados con los servicios de promoción de la autonomía (40%). Una presencia media de los términos relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia (23,73%) y la participación social (22,71%). Finalmente, una presencia baja de aquellos vinculados con la atención a las personas cuidadoras (13,56%).

Si agrupamos las referencias de los servicios con una finalidad de promoción de la autonomía y de la participación, estos representan 62,71% de todos los términos de los códigos; mientras que los relacionados con un propósito asistencial, tanto a las personas mayores como a las personas cuidadoras, representan el 37,29% de los mismos.

Como hemos realizado en anteriores ocasiones, otro acercamiento lo realizamos mediante la visualización del mapa jerárquico de la categoría *servicios y programas dirigidos a personas mayores*.

Figura 14: Mapa jerárquico de la categoría *servicios y programas dirigidos a las personas mayores*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

La figura refleja que los discursos relacionados con la participación social son los que tienen más presencia en la globalidad de las entrevistas, seguidos de las intervenciones que abordan la promoción de la autonomía. Finalmente, aquellas codificaciones que se centran en la atención a las personas en situación de dependencia y a las cuidadoras de estas, son las que menor presencia tienen en los discursos. De tal modo, en la siguiente tabla exponemos el peso de los diferentes servicios y programas dirigidos al colectivo de personas mayores atendiendo al número de codificaciones:

Tabla 36: *Servicios/ programas dirigidos a personas mayores atendiendo a la codificación*

Servicios/programas	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Promoción a la autonomía	11	24	22,86%
Atención a las personas cuidadoras	8	13	12,38%
Atención a las personas en situación de dependencia	8	15	14,29%
Participación social	11	53	50,48%
Total	12	105	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Es decir, hemos codificado 105 fragmentos de entrevista agrupándolos en los diferentes códigos relacionados con los servicios dirigidos a personas mayores. Destacamos aquellos incorporados en el código de participación social (53), promoción de la autonomía (24), atención a las personas en situación de dependencia (15) y, finalmente, los vinculados con la atención a personas cuidadoras (13). Confirmamos el mayor peso en los discursos de las cuestiones relacionadas con la promoción y, de forma particular con la participación social.

De manera complementaria a los análisis anteriores, las entrevistadas realizan un abordaje crítico de los recursos sociales dirigidos a personas mayores. Cuestiones como la escasez de estos, la insuficiencia presupuestaria de las políticas sociales destinadas a este colectivo, la privatización de servicios entre otras, son anotadas por las profesionales de los diferentes ámbitos de intervención, como variables que actúan en detrimento de la calidad de los servicios prestados:

“Cuando los recortes, cuando la dependencia se recortó, se recortaron los baremos, se cambiaron los baremos y te encuentras con gente con determinados deterioros que las horas [refiriéndose al SAD] no son suficientes” (E2 SSC rural).

Haciendo referencia a las listas de espera la profesional de un CPA apunta que

“Para el centro de día la lista de espera es de 15 meses” (E9 SSE urbano).

Otra cuestión apuntada responde a la existencia de criterios contradictorios en la aplicación de la Ley de autonomía personal y atención a la dependencia y la falta de recursos con perfiles adaptados a las necesidades individuales:

“Habría que diferenciar perfiles en los centros de día, que hoy en día no tenemos. Ahora mismo el perfil de los centros de día es de grandes dependientes o severos. Trabajo con los equipos que tenemos y la atención que podemos ofrecer, que es muy limitada por ese tipo de usuario, personas que con un grado uno podríamos trabajar mucho más (...), no se está haciendo, estamos desvirtuando la atención de los centros, de los programas para los que han sido creados, por lo menos en los centros de día asociados a los centros de participación activa” (E9 SSE urbano).

“En el centro de día cambiaría cómo está organizados los usuarios que acceden al centro, estos son muy diferentes y cuesta muchísimo dar lo que necesita cada uno. Hay personas que cognitivamente están fenomenal y físicamente tiene la limitación o al revés. Que te vengan personas tan diferentes con espacios tan pequeños, dificulta poder atenderlos bien. Yo si pudiera, que no está en mi mano, lo que me encantaría es que se reformaron los centros de día, para poder atender a las personas de una manera mejor, igual es una locura, yo dividiría en centros de día que atendieran temas físicos, y otros que atendiera más los deterioros cognitivos” (E8 SSE urbano).

Este discurso proviene de profesionales de CPA con centro de día en las mismas instalaciones. Anotan la dificultad de conciliar los diferentes tipos de dependencia en estos servicios, por ejemplo, la coexistencia de personas con deterioro cognitivo moderado y afectación física.

Como hemos apuntado a lo largo del epígrafe, existen centros que realizan proyectos dirigidos exclusivamente a personas mayores y otros en los que estas programaciones son dirigidas a la población en general. En concreto, podemos señalar que ambos extremos las profesionales de los CPA orientan su actividad profesional a este grupo de población, mientras que en las trabajadoras sociales de salud apuntan que lideran programas de temáticas diversas. Se trata de proyectos multidisciplinares dirigidos a toda la población en los que pueden participar personas mayores, aunque no refieren acciones específicas dirigidas a este colectivo. A modo de ejemplo se encuentran los grupos de malestares:

“Hay otro programa que vamos a poner en marcha que es el programa malestares, que es para mujeres para abordar su malestar psicosocial, mujeres con múltiples patologías que acuden reiteradamente a la consulta y que no tienen una patología grave sino un malestar, se va a trabajar con este colectivo, dentro de este colectivo se encuentran muchas mujeres mayores” (E11 Salud semi rural).

En un espacio intermedio, reconocemos a las profesionales de ámbito municipal que desarrollan tanto las prestaciones básicas como programas de promoción orientados a las personas mayores, como el programa de “*Vida Sana*”.

Es necesario que destaquemos la heterogeneidad de los servicios apuntados por las profesionales. Si bien es cierto que encontramos unas prestaciones y servicios básicos derivados de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y de la Cartera de Servicios de La Rioja, los discursos reflejan una diversidad de proyectos que no están recogidos en dichos textos. Cuestiones como la participación social de las personas mayores, el voluntariado, talleres dirigidos a personas cuidadoras y otro tipo de recursos que promueven la autonomía personal, la prevención y atención a las personas en situación de dependencia han de ser puestos en valor y ser objeto de estudio.

8.1.5. Discursos de las profesionales acerca de los principios

Con la finalidad de conocer el marco deontológico de las intervenciones profesionales abordamos en las entrevistas los principios éticos que inspiran su práctica. A continuación, presentamos los resultados de la consulta de términos más frecuentes de la categoría de *principios*.

Tabla 37: Principios profesionales de TS atendiendo al ámbito profesional

Principios profesionales TS	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Reconocimiento de la dignidad			1		1	8,33%
Promoción de los DDHH			1		1	8,33%
Promoción de la justicia social	2	1	3	1	7	58,33%
Promoción de la autodeterminación	1	1	5	1	8	66,67%
Respeto por la confidencialidad		1	1	1	3	25%
Tratar a las personas como un todo	1				1	8,33%
Autonomía personal	1		1		2	16,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como observamos en la tabla anterior, los principios se encuentran presentes en los discursos profesionales, si bien, observamos un peso dispar en los mismos. Se trata de una de las preguntas que ha generado un mayor proceso reflexivo. Referían no recordar el componente teórico o generaba duda entre las entrevistadas, se produjeron momentos de silencio y las respuestas fueron breves. De manera general, varias profesionales responden a esta cuestión aludiendo a todos aquellos principios recogidos en el código Deontológico de la profesión:

“Serían los principios de la ética y del código deontológico” (E10, S).

A continuación, presentamos las cuestiones que las profesionales plantean para cada uno de los principios en el orden que aparecen recogidas en la Declaración.

En primer lugar, el principio de reconocimiento de la dignidad inherentes al ser humano aparece en un discurso de manera explícita cuando se les pregunta por los principios, y en el resto aparece, en su mayoría, de manera implícita.

En segundo lugar, la promoción de los Derechos Humanos se trata de un principio que aglutina los derechos básicos y fundamentales. Una profesional de servicios sociales específicos lo apunta añadiéndolo a la solidaridad e igualdad:

“Son principios que tienen que estar en la intervención también los derechos humanos, todos ellos tienen que estar en la base” (E6 SSE urbano).

En tercer lugar, se encuentra el principio de la promoción de la justicia social con sus diferentes dimensiones. La primera de ellas, vinculada a la igualdad y el rechazo a la discriminación. En este caso, las profesionales rechazan la discriminación por edad:

“La edad no tiene que ser un factor de discriminación” (E6 SSE urbano).

Otras profesionales identifican el género como factor de discriminación y aluden a la necesidad de considerarlo en las intervenciones:

“Efectivamente el género tiene que estar, pienso que ahora mismo debemos plantearnos el tema ecológico y la cuestión de género en todas las intervenciones; es vital considerarlos”(E6 SSE urbano).

Un segundo aspecto de la justicia social es el respeto a la diversidad. Para las entrevistadas el respeto constituye un elemento clave de las intervenciones:

“El respeto a la persona, la autodeterminación (...). En el trabajo social, en la atención a la persona, en el acompañamiento a la persona. En la atención social, prima el respeto, la atención a su ritmo, la autodeterminación, prima todos esos principios de ir un poco al ritmo que la persona va marcando” (E1 Gestión municipal).

“Porque me parece que las personas mayores necesitan ser atendidas con otros ritmos, con otros tiempos, más atentos a toda su diversidad, a todas sus necesidades”(E1 Gestión municipal).

“El respeto y la escucha son fundamentales” (E2 SSC rural).

Una tercera dimensión de dicho principio es el desafío a las prácticas injustas vinculado con la independencia política, ya que consideran que, en ocasiones, limita sus intervenciones profesionales:

“Cuesta mucho explicárselo a los poderes políticos, al alcalde, el concejal de turno, que te están diciendo: “por favor búscale a esta persona una residencia porque mira cómo está”. A ver cómo le explicas que esa persona es feliz en su casa” (E2 SSC rural).

Una cuarta cuestión se relaciona con el acceso a recursos de forma equitativa y que los servicios se adapten a las personas y no al contrario:

“Como vemos nosotros esa situación, la derivamos nosotros al servicio social especializado. Intentando que se ajuste a la persona el servicio” (E4 Gestión autonómica).

La última dimensión de la justicia social implica construir solidaridad, dicha cuestión es señalada por las profesionales al reconocer la solidaridad como elemento que ha de guiar sus intervenciones profesionales. En esta línea, profesionales de servicios sociales específicos reconocen la solidaridad como un principio clave:

“La solidaridad entre las personas y la igualdad social, son principios que tienen que estar en esta intervención también los derechos humanos, todos ellos tienen que estar en la base” (E6 SSE urbano).

“La solidaridad, la convivencia, y no sé cuál más decirte recuérdame alguno más” (E5 SSE semi rural).

Visto lo anterior, podemos apuntar que, a pesar de que ninguna entrevistada apunta de manera explícita la justicia social, si recogen algunas de sus dimensiones.

En relación con el cuarto principio, el de autodeterminación, las profesionales de TS refieren respetar y promover los derechos de las personas a tomar sus propias decisiones, siempre y cuando, estas no amenacen los derechos e intereses legítimos de los demás (FITS 2018). Este es el principio que las profesionales expresan en sus discursos en mayor medida. Observamos, al respecto, un gran consenso. Es explicado por las profesionales como la necesidad de que las personas mayores puedan decidir cómo vivir y ejercer sus derechos. Lo refieren con independencia de su ámbito profesional. Se destacan discursos en los que manifiestan la discordancia entre el criterio profesional y el del sistema cliente:

“Destacaría (...) respetar su autonomía, respetar sus decisiones, aunque no las comparta, aunque no sean adecuadas para su salud, pero si él quiere seguir viviendo así, no es su momento. Hay que trabajar con él por otras vías, trabajar para el cambio, pero si no es su momento, eso al principio cuesta más aceptarlo” (E10 Salud semi rural).

Los discursos, también son reflejo de los obstáculos para el cumplimiento de este:

Es muy difícil el respeto a la autodeterminación, que las personas puedan..., a ver como lo explico, casos en los que tú ves que una persona está viviendo de una manera que ya no tiene dignidad esa vida, tú ves que hay otros recursos, otra forma de vivir, que tendría mejor calidad de vida, pero ellos no quieren. Es muy difícil respetar esa autodeterminación, nos cuesta mucho. Nos cuesta mucho hacerlo a nivel de equipo, es algo que como profesionales nos tenemos que “pum pum pum” [marca con la mano]. Podemos orientar, persuadir, pero si él lo quiere, si quiere vivir de esa manera, al final mientras no repercuta no haga daño a otras terceras personas. Esto en el caso de las personas mayores, se ve mucho, con la gente que vive sola con deterioros cognitivo y la familia no quiere hacer nada, porque no asume que una persona ya no puedo afrontar el día a día, pero ellos piensan que una residencia es lo peor” (E8 SSE urbano).

En otras ocasiones, la profesional ha de justificarlo ante otros agentes sociales la existencia de dicho principio:

“Algo que les cuesta mucho en nuestra profesión es la autonomía de la persona, en cuanto a la decisión de lo que él quiere, esa sensación de que tú sabes lo que la persona necesita, vamos a ver, después de 18 años ya lo tienes muy interiorizado, cuesta mucho explicárselo a los poderes políticos, al alcalde, el concejal de turno” (E2 SSC rural).

En otras ocasiones este principio genera dilemas éticos con las familias:

“Hay que respetar la decisión de que la persona quiera hacer partícipe a la familia. Al trabajar con personas que no tienen un deterioro cognitivo, son completamente autónomas para tomar una decisión” (E12 SSE urbano).

Una cuestión que merece una reflexión es que diversos discursos apuntan a que la orientación se realiza a los familiares y no, a la persona mayor directamente. Sería interesante conocer el grado de afectación cognitiva de las propias personas mayores ya que parece producirse un desplazamiento de la toma de decisiones del usuario a sus familiares:

“Es la autodeterminación del cuidador. Yo antes era gestora del recurso del dependiente, todo para el dependiente, quizás por el ritmo de trabajo, no trabajábamos con el cuidador, y es un recurso importantísimo” (E11 Salud semi rural).

Encontramos discursos que apuntan al papel del trabajador o trabajadora social como un profesional que contribuye a promover que las personas tomen sus propias decisiones y avancen en el camino de la participación, dejando de ser agentes pasivos y tomando un protagonismo activo. Deducimos de los discursos la trascendencia profesional que ocasiona este principio ético y cómo existen diversos obstáculos que dificultan su ejercicio pleno.

El quinto principio señalado por la FITS (2018) es el respeto por la confidencialidad y la privacidad de las personas. Es identificado en sus discursos de manera explícita y algunas profesionales lo ponen en valor abordando los límites del mismo:

“Ponemos en común casos, que van pasando por todos los sitios y valoramos que podemos hacer cada uno, me parece genial; pero, por otra parte, estás entrando a la intimidad de la gente y estás hablando de una persona de su entorno, de su familia, de lo que hace, de lo que deja de hacer, lo que vive, ¿Dónde está el límite?” (E3 SSC urbano).

“Destacaría secreto profesional (...) y todo lo que tenga que ver con el código deontológico” (E10 Salud semi rural).

El sexto principio implica reconocer a las personas como un todo. Los profesionales de esta disciplina reconocen las diferentes dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la vida de las personas (FITS, 2018). Una profesional apunta este principio como clave de las intervenciones profesionales:

“Una atención desde lo social, la atención hay que hacerla desde una perspectiva social, integral y teniendo en cuenta desde que la persona acude con la trabajadora social que le informa hasta que llega el servicio especializado” (E4 Gestión autonómica).

Para finalizar, son varios los principios de dicha declaración mundial (FITS, 2018) que no aparecen explícitamente en los discursos profesionales. En concreto, el uso ético de la tecnología, la integridad profesional y la promoción de la participación. Si bien, este último está presente en los mismos cuando plantean el principio de autodeterminación y la participación de cada persona en la toma de decisiones.

Los discursos apuntan otros principios que no aparecen expresamente en el marco de referencia empleado (FITS, 2018). El primero de ellos hace referencia a la promoción de la autonomía que es apuntado por varias profesionales:

“Ese acompañamiento, con estos principios de respeto, de escucha activa, empatía, de autodeterminación, todo ello, fomentando la máxima autonomía posible de la persona, que a veces eso tampoco es fácil (...). Esos principios son importantes para nosotros” (E1 Gestión municipal).

Una profesional de CPA explica este principio cuando favorece que las personas hagan todas aquellas tareas que pueden desempeñar de manera independiente:

“Yo creo que primero puedes tener autonomía, que sean autónomos, que no sean dependientes, yo puedo ayudar a las personas que valoro que tienen dificultad en diferentes temas, a la más vulnerables (...) que sea lo más autónoma posible”(E7 SSE urbano).

La promoción de la autonomía implica también la participación de cada persona en la toma de decisiones y constituye un elemento clave en las intervenciones profesionales

Otras cuestiones que aparecen en los discursos profesionales son el acompañamiento, la escucha activa y la empatía entre otras y apuntan a cómo intervenir. A pesar de no estar recogidos como tales en la declaración, ponen en valor la importancia de todos los principios señalados a lo largo de este apartado.

Una entrevistada refiere el principio de “no empeorar la situación”. Este, se vincula con el principio de no maleficencia que implica que lo primero es no hacer daño de manera intencionada (Sobremonte, 2018).

8.1.5.1. Consideraciones generales

De la consulta por términos vinculada a la categoría de principios obtenemos los resultados que presentamos en la siguiente tabla:

Tabla 38: Términos identificados relativos a *principios profesionales*

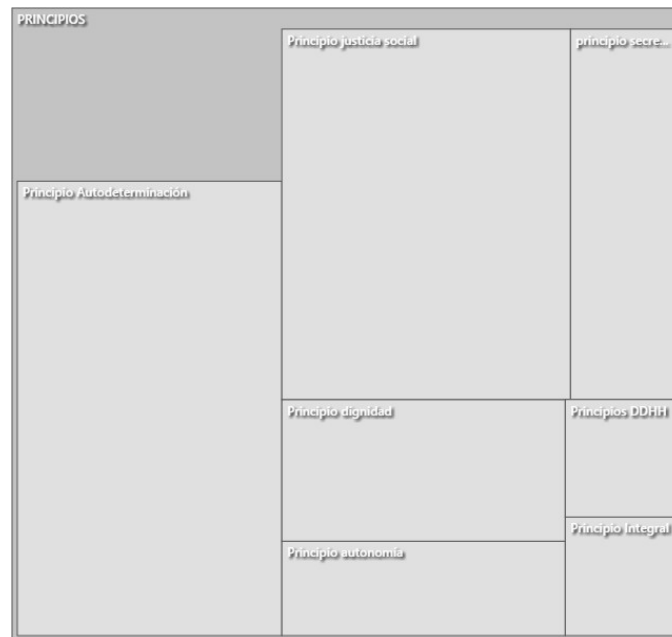
Familia	Términos	Referencias
Principios profesionales	Dignidad, derechos humanos, justicia social, autodeterminación, confidencialidad, secreto profesional, integralidad, individualización, solidaridad, respeto.	36

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Destacamos que los términos referidos están presentes en 36 ocasiones en los discursos de las entrevistadas.

A continuación, presentamos el mapa jerárquico de la categoría de los principios.

Figura 16: Mapa jerárquico categoría *principios profesionales*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Observamos que los principios que tienen un mayor peso en los discursos profesionales se relacionan con la autodeterminación, la justicia social y el secreto profesional. En el resto se observa mayor dispersión.

En la misma línea, en la siguiente tabla anotamos el número de codificaciones realizadas para cada uno de los principios referidos en el código deontológico, tomando en consideración las entrevistas en las que se encuentra presente:

Tabla 39: Principios profesionales atendiendo a la codificación

Principios profesionales	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Autodeterminación	8	9	33,33%
Justicia social	7	8	29,63%
Dignidad	3	3	11,11%
Secreto profesional	3	3	11,11%
Autonomía	2	2	7,41%
DDHH	1	1	3,7%
Integral	1	1	3,7%
Total	12	27	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Dicha consulta extrae términos que no aportan gran significado tales como personas y mayores y, en segundo lugar, otros como, profesionales, actividades, trabajar, bien, recursos, cambio y equipo. Estos últimos indican hacia donde apuntan los profesionales en sus discursos.

Tras la codificación de las entrevistas agrupamos los discursos, diferenciando en primer lugar, cuestiones relacionadas con políticas sociales; en segundo lugar, con creación y desarrollo de recursos sociales y, por último, con propuestas relacionadas con las profesionales, y en concreto, aquellas vinculadas de manera específica con los y las trabajadores sociales. En la siguiente tabla presentamos los códigos incorporados en la categoría de escenario ideal atendiendo al número de casos en los que están presentes:

Tabla 40: Discursos vinculados a la categoría *Escenario Ideal*

<i>Escenario ideal</i>	N.º de profesionales	Porcentaje
Relacionado con políticas sociales	8	66,67%
Vinculado con recursos sociales	12	100%
Relativo a profesionales	11	91,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales..

Tal y como refleja el cuadro el 100% de las profesionales identifica en su escenario ideal cuestiones relacionadas con los recursos sociales y con los profesionales un 91,67%. Otra línea presente en los mismos es relativa a las políticas sociales que es señalada por un 66,67% de las profesionales. En base a lo expuesto, presentamos la categorización de los discursos relacionadas con dicho escenario atendiendo a las categorías identificadas.

8.2.1.1. Escenario ideal: políticas sociales

Una de las grandes líneas apuntadas en los escenarios ideales para los profesionales se relaciona con políticas sociales. Estas se recogen en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 41: Escenario Ideal vinculado a *políticas sociales* por ámbitos profesionales

Cuestiones relativas a PPSS	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Desarrollar PPSS envejecimiento	2	1	4	-	7	58,33
Dotación presupuestaria para el desarrollo de PPSS	-	-	3	-	3	25
Desarrollo del protocolo de detección y atención al maltrato	1	-	-	-	1	8,33
Investigación sobre diferentes PPSS	-	-	-	1	1	8,33

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Personas entrevistadas de los diferentes ámbitos idean un escenario con planificaciones vinculadas a personas mayores. Reclaman estrategias o planes de envejecimiento que guíen y marquen las directrices a seguir. Apuntan a la falta de indicaciones globales para este colectivo. Destacan la necesidad del desarrollo de PPSS eficaces para abordar las necesidades de este grupo de población:

“No tenemos políticas de mayores, hay políticas de mayores asistenciales, principalmente asistenciales” (E1 Gestión municipal).

“Por supuesto dotarlo de entidad dentro de un plan, y de una estrategia que considero necesaria. Es necesario enmarcarlo dentro del plan de envejecimiento, dentro del plan de personas mayores, me parecería que estaría bien para poder materializar lo que se está haciendo a nivel práctico, en un marco formal y poder plantear acciones de futuro” (E4 Gestión autonómica).

“Es necesaria una política que marque los caminos en los cuales yo estoy avalada para avanzar. Y luego estarían las otras barreras que nos marcamos cada uno, a veces nos limitamos por las burocracias” (E6 SSE urbano).

También consideran preciso dotar económicamente a los diferentes servicios y programas, para que no queden vacíos de contenido. Esta cuestión es apuntada principalmente por las profesionales de servicios sociales específicos que tienen limitación presupuestaria para el desempeño de proyectos y actividades.

En la misma línea complementaria, una profesional de gestión recoge la labor desempeñada por la comisión interinstitucional del maltrato, que se encuentra trabajando en la prevención y detección de malos tratos a personas mayores. Reconoce la importancia de que se avance en políticas que protejan y atiendan a las personas mayores frente a abusos y malos tratos.

En definitiva, se puede destacar que todas las profesionales, exceptuando las de salud, plantean un escenario ideal que implica cambios en las políticas de envejecimiento.

8.2.1.2. Escenario ideal: recursos sociales

Un segundo grupo de cuestiones relacionadas con los escenarios ideales se vincula a la creación y desarrollo de recursos sociales. Incluyen diferentes dimensiones, unas relacionadas con la creación de recursos sociales y otras, que proponen cambios en los mismos. En la tabla que se presenta a continuación se recogen las principales cuestiones.

Tabla 42: Escenario Ideal vinculado a recursos sociales por ámbitos profesionales

Cuestiones relativas a recursos sociales	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Programas de promoción de la autonomía	-	-	5	1	6	50%
Atención a las personas en situación de dependencia	2	1	2	2	7	58,33%
Apoyo a las personas cuidadoras	-	-	-	1	1	8,33%
Participación social	1	1	2	1	5	41,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Las profesionales de los diferentes ámbitos señalan en su escenario ideal cuestiones relativas con los recursos sociales. Las actuaciones relacionadas con servicios dirigidos a la atención a personas en situación de dependencia son planteadas por un 58,3% de las profesionales, seguidas por aquellos que promueven la autonomía (50%), la participación social (41,67%) y, finalmente, por aquellos que se orientan a la atención a personas cuidadoras (8,33%).

En primer lugar, destacamos las cuestiones relativas a la promoción de la autonomía. Estas son planteadas principalmente por las profesionales de servicios sociales específicos y de salud. Demandan el incremento de programas de autonomía personal tales como memoria, desarrollo personal, preparación a la jubilación. En definitiva, servicios que fomentan el buen envejecimiento:

“Son cursos muy buenos, porque ellas empiezan a hacer un proyecto personal, que no lo he hecho nunca. Ver qué es lo que a mí me hace feliz, esos cursos son muy interesantes. Yo los priorizaría” (E8 SSE urbano).

“Sería muy interesante hacer unas jornadas de puertas abiertas de todos los cursos que se hacen, en junio mostrar durante unas clases abiertas, aulas abiertas, que todo el mundo pudiera entrar y así en septiembre todo el mundo se podría inscribir donde le gustase” (E8 SSE urbano).

En la misma línea, profesionales de los CPAs ponen en valor las intervenciones desde estos centros y priorizan cursos con finalidad terapéutica. Destacan algunas ideas, tales como que estos centros sean referentes para las personas mayores, que ofrezcan unos servicios unificados y que respondan a las necesidades existentes, superando la necesidad de *“hacer actividades por hacer”*:

“Los centros de participación hay que estructurar y hay que dar un contenido social que esté elaborado programáticamente, es fundamental y básico; y deberíamos reivindicarlo, no sé cómo, podría ser con reuniones, no hay reuniones de coordinación, si no te juntas, estás aislado” (E6 SSE urbano).

“No es la “activity” por la “activity”, debe tener un sentido, un objetivo, una motivación. No solamente para poner que hemos hecho 70 actividades, para poder para llegar mal a todas ellas, para ver que luego se han suspendido, que se han cancelado porque la gente está harta. Vamos a ver, en vez de hacer 70, hacemos cuatro, pero bien, que traten de lo que ellos nos dicen que les interesa” (E7 SSE urbano).

Otras profesionales plantean cambios de la estructura de estos centros incrementando espacios de atención individual y disminuyendo otros tales como cafeterías. La necesidad de adaptación y de responder a las necesidades actuales de las personas mayores se refleja en el reconocimiento de la existencia de un colectivo amplio de personas mayores frágiles y/o vulnerables para las que no se dispone de servicios específicos a los cuales estos centros también atendieran:

“Yo le llevo un tiempo dando vueltas a esto, hacer un programa que trabajara la parte física y la parte cognitiva, conectada; con una atención más integral para cubrir este perfil de usuarios que están ahí a medio camino, no están atendidos por nadie, que son los que cuando llegan los servicios de centro de día ya tienen una dependencia mucho mayor” (E9 SSE urbano).

Un segundo grupo de ideas se vinculan con la atención a las personas en situación de dependencia y a las personas cuidadoras de estas. Apuntan cuestiones tales como, la promoción de recursos que favorezcan la permanencia de las personas mayores en su entorno, el desarrollo de servicios de apoyo a cuidadores y promover el acompañamiento social.

Con relación al servicio de ayuda a domicilio, las profesionales se hacen eco de la escasez de recursos y demandan un incremento de estos:

“Porque hay menos plazas o menos conciencia de cuidado en el domicilio o más población envejecida. Yo veo gente que me dice y ahora qué hago con el abuelo, todos los días cuando voy al trabajo veo gente que no sabe qué hacer con los abuelos, ¿qué hacemos?, El SAD es insuficiente, hay lista de espera para centro de día y hay lista de espera para residencias, ¿qué hacemos con los abuelos? Porque hoy día nos trastoca muchísimo tener un dependiente en casa, no podemos cargar con los dependientes, los pasamos en los mejores casos, a los cuidadores que también tienen la misma edad, suponiendo una sobrecarga para ellos, esto es lo que me encuentro todos los días” (E11 Salud semi rural).

En cuanto a los centros de día, profesionales de gestión, de servicios sociales específicos y de salud plantean cuestiones relacionadas con el establecimiento de perfiles y la lista de espera:

“También me encantaría que las listas de espera del centro de día no fueran tan grandes, que cuando una persona lo necesite pudiera acceder en ese momento, que es igual cuando le viene bien, que es cuando se puede trabajar su autonomía, no un año y medio después que igual está para darle cuidados del confort más que para fomentar su autonomía” (E8 SSE urbano).

“En el centro de día cambiaría como están organizados los usuarios que acceden al centro de día y que son muy diferentes (...) yo dividiría en centros de día que atendieran temas físicos, y otros que atendiera más los deterioros cognitivos” (E9 SSE urbano).

En definitiva, los discursos de las profesionales con independencia del ámbito, reflejan la necesidad de incrementar los recursos sociales dirigidos a este colectivo, así lo traslada una profesional de salud, quien demanda, a la par, intervenciones preventivas y promocionales:

“Yo haría algo más promocional, más preventivo, más que asistencial. Algo promocional y te diría que haya recursos para todos. Las personas mayores cada vez están más envejecidas, tenemos un sistema sanitario que cada vez permite vivir más, pero, ¿en qué condiciones vivimos? Vivir en el ámbito familiar, pero con un apoyo real, ¿sabes? Desde la promoción, evitar trabajar de forma asistencial” (E11 Salud semi rural).

Otra cuestión relacionada con la atención a las personas en situación de dependencia se refiere a las metodologías empleadas en los servicios. Plantean incorporar la atención centrada en la persona y programas que promuevan la autonomía de las personas mayores usuarias de estos recursos:

“Que cumplan la metodología de atención centrada en la persona, la formación que se vaya a llevar, que los usuarios estén bien atendidos según el programa que están diciendo, no solamente desde el servicio de inspección, que desde el servicio de inspección se pueden ver otras cosas. Esto tanto en residencias como en centros de día” (E4 Gestión autonómica).

La última línea identificada en este escenario ideal es de promoción del voluntariado. Profesionales de todos los ámbitos apuntan la importancia de fomentar la participación de las personas mayores a través de la promoción de programas de voluntariado teniendo en cuenta las capacidades y potencial de estas. Señalan como ventajas los beneficios recíprocos y superan concepciones sociales individualistas. A modo de ejemplo, una profesional del CPA de medio rural señala su deseo de participación de este grupo de población:

“Me gustaría que pudieran implicarse más en cuestiones de integración entre ellos, relacionales y que pudiera haber un grupo dinámico, que fuera gente, que se pudiera contar con ellos (...) para que pudieran ver lo que la gente les gusta o no, lo ideal que todo el mundo estuviera a gusto, participando” (E7 SSE urbano).

“Conocer y aprovechar el potencial de las personas y poder llegar a conocer todas las capacidades y todas las aficiones que la gente del centro tiene. Tú haces la primera entrevista, te ofreces, le dices qué le ofrece el centro y también que ellos pueden ofrecer mucho, poner ese talento en marcha” (E7 SSE urbano).

Todas las profesionales en su escenario ideal plantean cambios en los recursos sociales.

8.2.1.3. Escenario ideal: profesionales

Un tercer grupo hace referencia a un escenario ideal con propuestas relacionadas con los profesionales. En la tabla que presentamos a continuación recogemos las principales cuestiones diferenciando entre los escenarios que se basan en el incremento de profesionales y los que incluyen propuestas vinculadas de forma específica a los y las trabajadores sociales tales como la formación, las funciones desempeñadas, los niveles de intervención y los principios profesionales.

Tabla 43: Escenario Ideal vinculado a *profesionales* por ámbitos

Cuestiones relativas a profesionales		Ámbito				Total	
		Gestión	SS C	SS E	Salud	N	%
Incremento de profesionales		-	2	3	-	5	41,6%
Vinculadas, específicamente, con el TS	Formación y especialización	1	-	3	-	4	33%
	Funciones	-	2	3	2	7	58,33%
	Niveles de intervención	1	1	2	1	4	33%
	Principios	-	-	1	-	1	8,33%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Las profesionales de los diferentes ámbitos señalan en su escenario ideal orientaciones con relación a los profesionales. Por un lado, un 41,6% demanda un incremento generalizado de los profesionales que intervienen con personas mayores. Por otro lado, proponen cambios relacionados de manera específica con el TS, en concreto con las funciones (58,3%), con la formación (33%), con los niveles de intervención (33%) y, por último, con los principios profesionales (8,33%).

Una primera cuestión apuntada en el escenario ideal hace referencia a la dotación de los recursos sociales con personal suficiente y adecuado para dar respuesta a las necesidades. Así, el incremento de personal es un aspecto clave. Las entrevistadas tanto de servicios sociales específicos como de primer nivel refieren la necesidad del incremento de trabajadores sociales y señalan la dificultad para el desempeño de todos los programas y servicios a realizar:

“Me encantaría que hubiera otra persona aquí conmigo, más profesionales, más trabajadoras sociales, me encantaría que fuéramos un equipo y que pudiésemos hacer muchas más cosas. No nos da la vida” (E8 SSE urbano).

Otra propuesta implica el incremento de otros perfiles profesionales como psicólogos, geriatras y, finalmente, también se plantea el incremento de personal administrativo en servicios sociales de primer nivel:

“Contemplar las actividades, más intervenciones, seguramente con más profesionales, con un equipo que organice por todo el valle algo más completo, que sean actuaciones que

tengan un objetivo común, no cosas sueltas, que se traduzca en actividades durante todo un año por todo el valle” (E2 SSC rural).

Una segunda línea se vincula con cambios relacionados de manera específica con el TS. Así, contemplan la especialización de los profesionales de TS que intervienen con personas mayores, demandan formación específica, tener en cuenta la diversidad de las personas mayores y la cuestión de género. A modo de ejemplo, destacamos el siguiente discurso:

“Recuperaría la especialización de los trabajadores sociales en el colectivo; sí, recuperaría la especialización, porque me parece que las personas mayores necesitan ser atendidos, con otros ritmos, con otros tiempos, más atentos a toda su diversidad, a todas sus necesidades” (E1 Gestión municipal).

Otra de las cuestiones que aparecen en los discursos cuando se aborda el escenario ideal se relaciona con las funciones desempeñadas. Así, entrevistadas de todos los ámbitos, salvo de gestión, apuntan cambios en las mismas. En primer lugar, apuntan la importancia de realizar un estudio de necesidades y, en base al mismo, planificar las intervenciones, justifican esto aludiendo a la improvisación y a la falta de planificación de las intervenciones. A modo de ejemplo, el discurso de una profesional de servicios sociales de primer nivel:

“Lo primero profesionales, contratar profesionales e incluso ver qué cantidad de personas mayores, hacer un estudio, empezando por el padrón, ver las edades, si están viviendo solos, con estas personas y a lo mejor acudir a las viviendas de las personas mayores, dónde están, como viven, qué necesidades, como viven su vida. Eso lo podría hacer un trabajador social sin ningún problema es una función nuestra; y a partir de ahí, mejorar todos los servicios que apoyar, ampliarlos” (E3 SSC urbano).

Otras aportaciones se vinculan con la importancia de priorizar intervenciones autonomistas y promocionales y, finalmente, una entrevistada señala la importancia de incorporar en este escenario con mayor peso funciones evaluativas, reivindicativas e investigadoras:

“Es fundamental que existan unos espacios de reflexión, evaluación, investigación por qué no lo estamos haciendo, la evaluación la hacemos, decimos que las cosas están bien, que las personas van mejor, que la gente se apunta. Esta es nuestra evaluación” (E6 SSE urbano).

Demandan profesionales del ámbito de servicios sociales de primer nivel y específicos, un escenario de intervención en el que la carga administrativa disminuya a través de procesos de simplificación de los procedimientos administrativos y reducir la burocratización de la gestión de los recursos.

“Dejaría en segundo plano el trabajo administrativo, no puedo permitirme estar una mañana rellenando solicitudes de dependencia, aquí somos agrupación podría subir una persona administrativa en la que yo pudiera delegar todo ese trabajo de papeleo, que no

es el mío, que no es el mío. Lo mío ya lo meteré en Protecnia (...) y yo dedicarme al trabajo de verdad, no al trabajo administrativo” (E2 SSC rural).

Atendiendo a los niveles de intervención las entrevistadas apuntan la importancia de incrementar las intervenciones grupales y comunitarias. Reconocen que dichos enfoques implican una mejor resolución de los problemas sociales. En palabras de una profesional de gestión municipal cuando aborda su escenario ideal:

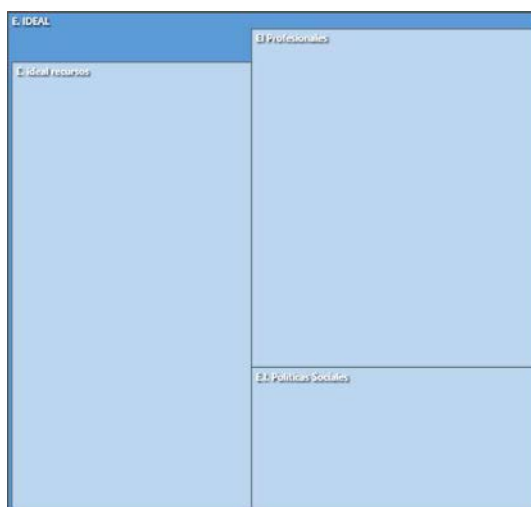
“Todo el trabajo grupal, comunitario, a todos los niveles, no solo a nivel de personas mayores, a nivel de que las personas mayores sean más activas y tengan un nivel de participación distinto. Yo creo que la sociedad individualista, que resuelve sus cosas, que piensa en sus necesidades, en la previsión de esas necesidades; no. no somos seres individuales, porque aquí algunos fallan. Yo creo que necesitamos más encuentros grupales, más posibilidades de hablar y de encontrarnos, de que las personas mayores hablen y se encuentren con personas mayores y con personas de otras edades. Conseguir un desarrollo óptimo de la persona en general, falta esa reflexión y esos espacios en cualquier edad, con la perspectiva de los mayores también y falta en los mayores con personas de cualquier edad, con perspectivas que a veces, en la vida van perdiendo” (E1 Gestión municipal).

Otra cuestión referida por una profesional aborda los principios profesionales y recoge la importancia de la libertad profesional.

8.2.1.4. Consideraciones generales

Al igual que en los apartados anteriores, presentamos ahora las codificaciones de los discursos profesionales. Fruto del mismo es el mapa jerárquico de la categoría *escenario ideal* que se presenta a continuación:

Figura 18: Mapa jerárquico de la categoría *Escenario Ideal*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Dicha ilustración nos muestra que las personas entrevistadas otorgan en sus discursos un mayor peso a los recursos sociales y las propuestas relativas a profesionales y, un menor peso, a las relacionadas con políticas sociales. A continuación, presentamos la tabla que recoge las codificaciones atendiendo al número de entrevistas:

Tabla 44: *Escenario Ideal* atendiendo a la codificación

<i>Escenario Ideal</i>	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Vinculado con recursos sociales	12	40	43,96%
Relacionado con políticas sociales	8	15	16,48%
Con relación a profesionales	11	36	39,56%
Total	12	91	100%

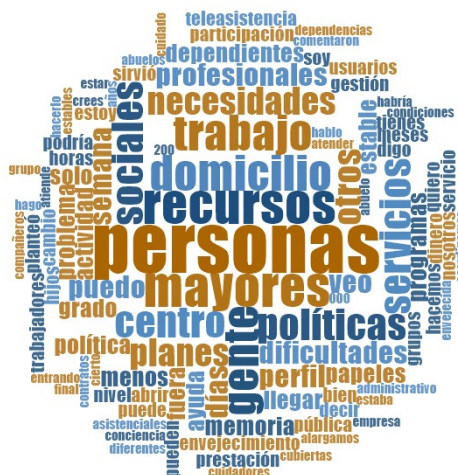
Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Dicha tabla nos muestra, en primer lugar, el mayor peso en los discursos en relación con los recursos sociales. Es decir, las profesionales cuando describen su espacio ideal de intervención dedican la mayor parte de sus discursos a la creación y mejora de recursos sociales que permitan dar respuesta a las necesidades de las personas mayores. En segundo lugar, se encuentran las propuestas vinculadas con las profesionales en la línea de incrementar las contrataciones de profesionales y de modificar el escenario real de los profesionales de TS primando intervenciones promocionales y preventivas; así como enfoques grupales y comunitarios. Finalmente, los discursos recogen las propuestas referidas a un escenario que exista una planificación estratégica de personas mayores que guíe y oriente la acción profesional.

8.2.2. Discursos relativos a las causas de las diferencias entre el escenario ideal de intervención y el percibido

En este apartado instamos a las personas entrevistadas a identificar aquellas cuestiones, que, desde su perspectiva, actúan como elementos causales de las diferencias existentes entre el escenario en el que desarrollan su intervención y aquel considerado como ideal, desde su punto de vista. Para aproximarnos a las causas que justifican la diferencia entre ambos realizamos una consulta de los términos con mayor frecuencia en la categoría indicada.

Figura 19: Nube de palabras de los *elementos causales de las diferencias entre el escenario percibido y el ideal*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

La nube de la categoría *causas de las diferencias entre ambos escenarios* apunta palabras tales como *personas, mayores, recursos, domicilio, políticas, servicios, sociales y necesidades*, entre otras.

Los discursos apuntan como responsables de dichas diferencias, por un lado, cuestiones de carácter externo a las profesionales tales como la falta de políticas sociales y de recursos y, por otro lado, aspectos relacionados con la práctica profesional. A continuación, señalamos en la siguiente tabla las cuestiones más significativas de las mismas identificando los códigos señalados por las entrevistadas y haciendo referencia al número de entrevistas que está presente en cada categoría:

Tabla 45: Presencia en los discursos de causas diferenciales entre el escenario percibido y el real

Causas diferenciales entre ambos escenarios	N.º Entrevistas	Porcentaje
Elementos externos	8	66,67%
Elementos internos	6	50%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Tal y como refleja la tabla el 66,67% de las profesionales justifica mediante elementos externos la diferencia entre ambos escenarios, mientras que un 50% lo atribuye a elementos internos de la propia práctica profesional. A continuación, presentamos los aspectos más relevantes de cada categoría.

8.2.2.1. Causas externas

En relación con las causas externas, destacan varias cuestiones que se presentan en la siguiente tabla atendiendo al ámbito de intervención:

Tabla 46: Causas externas de diferencias entre ambos escenarios por ámbitos profesionales

Causas externas	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Falta de políticas sociales	2	1	2	-	5	41,67%
Falta de recursos sociales	1	1	1	1	4	33,33%
Gestión de recursos sociales	-	-	2	-	2	16,67%
Instrumentalización de las personas mayores	1	-	-	-	1	8,33%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Las profesionales apuntan como causas que explican las diferencias entre las acciones que realizan en su práctica profesional y las que les gustaría realizar varios motivos. En primer lugar, un 41,67% de estas, recogen en sus discursos la falta de políticas sociales que orienten sus intervenciones; en segundo lugar, un 33% lo justifica atendiendo a la escasez de recursos sociales para atender las necesidades existentes; en tercer lugar, refieren cuestiones vinculadas con la gestión de los diferentes recursos sociales (16,67%) y finalmente, una entrevistada aborda la instrumentalización de las personas mayores.

La primera cuestión con presencia en los discursos en diferentes momentos de las entrevistas se relaciona con la falta de políticas sociales que actúen como guías de las intervenciones profesionales. Este aspecto es señalado por profesionales de los diferentes ámbitos, exceptuando salud:

“Es una cuestión de prioridades, cómo están los servicios sociales en general y por ejemplo no hay planes, no hay planes de personas mayores, no hay planes que pudieran marcar los objetivos” (E1 Gestión municipal).

“Una estrategia que considero necesaria, necesaria, enmarcarlo [refiriéndose al EA] dentro del plan de envejecimiento, dentro del plan de personas mayores. Me parecería que estaría bien para poder materializar lo que se está haciendo a nivel práctico, en un marco formal y poder plantear acciones de futuro” (E4 Gestión autonómica).

Los discursos de las profesionales, con independencia del ámbito, también acusan la falta de recursos sociales:

“El SAD es insuficiente, hay lista de espera para centro de día y hay lista de espera para residencia, ¿qué hacemos con los abuelos?” (E11 Salud semi rural).

Las personas entrevistadas señalan, en menor medida, otras cuestiones ajenas a su práctica profesional tales como, la gestión de los diferentes recursos. A modo de ejemplo, una profesional de un servicio social específico, valora la implementación de un proyecto dirigido a un perfil de población en el que no se obtuvieron los resultados esperados por problemas en la gestión de este:

“Yo creo que se pretendía crear un programa para atender a ese perfil de usuarios más mayores y que ya tienen unas necesidades más importantes, con una atención más personalizada, más estable, con un criterio de selección. No se hizo selección, se hizo inscripción” (E9 SSE urbano).

En último lugar, una entrevistada alude a que, en ocasiones, se instrumentaliza a las personas mayores con fines electoralistas.

8.2.2.2. Causas internas

Por otra parte, los discursos apuntan otras causas, que presentan una dimensión interna, y se encuentran relacionadas con las intervenciones profesionales. Recogemos en la siguiente tabla dichas cuestiones vinculadas con el ámbito profesional:

Tabla 47: Causas internas de diferencias entre ambos escenarios por ámbitos

Causas internas	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Sobrecarga, por falta de tiempo, o emocional	1	2	2	-	5	41,67%
Aislamiento	-	1	2	-	4	33,33%
Acomodación profesional	-	1	1	-	2	16,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Apuntan, en primer lugar, la sobrecarga derivada del exceso de tareas y, en concreto, originada por la burocratización de los servicios, por la dispersión de funciones y por la falta de personal. Este discurso es presentado, de manera prioritaria por las profesionales de servicios sociales de primer nivel:

Tú dime, esto no puede ser, es vergonzoso, somos administrativos, somos gestores, no somos trabajadores sociales. Todo eso acompañado de si tiene prestación económica, 200 papeles más, 200 de teleasistencia, de centro de día, de residencia, estancia temporal, ... Hay personas que solicitan todo, de una persona un tocho así de papeles, es horrible” (E3 SSC urbano).

“Estaba en el huerto ayudando a los voluntarios, ya estaba saliendo y entrando hacer socios, saliendo y entrando a coger el teléfono, y es una locura la verdad, te llaman del centro de día, con urgencia; es la falta de tiempo lo que muchas veces te impide hacer cosas. Y te hace meter la pata muchas veces y no prestar a las personas la atención que le tienes que prestar” (E8 SSE urbano).

En segundo lugar, abordan el aislamiento profesional, la falta de grupos de trabajo estables y la escasez de movimiento asociativo profesional que tienen como consecuencia que los profesionales tengan un sentimiento de soledad profesional. Dichos discursos están presentes en las profesionales de servicios sociales primer nivel y de específicos:

“Alguna reunión nos pusieron cuando cambió la legislación, nos reunimos para fijar los requisitos, ahora ya no hay un espacio de coordinación establecido, alguna vez nos llaman de la consejería, pero nada” (E8 SSE urbano).

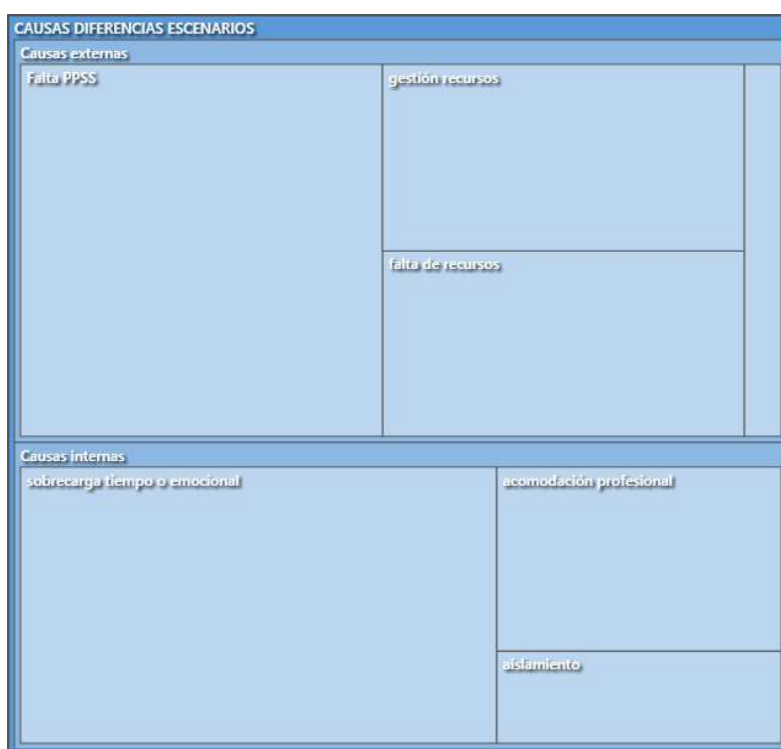
En último lugar, las entrevistadas también apuntan que, en algún caso, el colectivo profesional de trabajadores y trabajadoras sociales se ha acomodado y “se ha vuelto exquisito”.

“Te centras en la persona, y meter datos y lo comunitario lo dejamos mucho. También nos hemos acomodado a nuestro horario, si hay que trabajar una tarde se trabaja, si se queda sábado para una comida de los jubilados se hace, si hay que hacer una actividad el domingo pues se hace el trabajador social es eso. Y ya está, sobre todo en lo comunitario que los pueblos de la Rioja, yo entiendo que aquí nos hemos puesto demasiado exquisitos” (E2 SSC rural).

8.2.2.3. Consideraciones generales relacionadas con las causas de las diferencias entre ambos escenarios

Una manera complementaria al análisis de discurso es conocer el mapa jerárquico de la categoría causas de las diferencias entre el escenario percibido y el ideal que es el siguiente:

Figura 20: Mapa jerárquico de la categoría causas de las diferencias entre escenario percibido y el ideal



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En el mismo, observamos en primer lugar, un mayor peso relacionado con la sobrecarga emocional y de trabajo. En segundo lugar, la falta de políticas sociales dirigidas a personas mayores. En tercer

lugar, otras cuestiones como la gestión de recursos, la acomodación de las profesionales y la falta de recursos, tienen un peso similar en los discursos profesionales. A continuación, presentamos la tabla que recoge dichos aspectos atendiendo a su codificación:

Tabla 48: Causas atribuidas a las diferencias entre escenario percibido y real atendiendo a la codificación

Causas entre ambos escenarios	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Causas externas	8	21	56,76%
Causas internas	6	16	43,24%
Total	10	37	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Es decir, las profesionales cuando justifican las diferencias entre ambos escenarios apuntan en sus discursos con mayor peso, cuestiones externas relacionadas con la falta de políticas sociales y de recursos sociales, entre otras. En segundo lugar, identifican elementos de carácter interno relacionados con la sobrecarga de trabajo, el aislamiento y la acomodación.

Como podemos apreciar son diversas las causas apuntadas por las entrevistadas para explicar dichas diferencias. Profesionales de todos los ámbitos las justifican basándose en factores de carácter externo; mientras quienes atribuyen causas internas son profesionales todos los ámbitos exceptuando el de salud.

8.3. DISCURSOS DE LAS PROFESIONALES EN RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES: NECESIDADES Y PERFILES

Tras abordar cuestiones relativas a sus escenarios reales e ideales de intervención, así como las causas que justifican las diferencias entre ambos, preguntamos acerca de la percepción sobre las personas mayores identificando, por una parte, las principales necesidades o dificultades y; por otra parte, si reconocen cambios en el perfil de personas mayores. A continuación, se presentan los principales resultados de dicho análisis.

8.3.1. Discursos relacionados con la percepción de necesidades de las personas mayores

En el desarrollo de la entrevista de investigación preguntamos a las profesionales sobre la percepción que tienen sobre las necesidades de las personas mayores y les pedimos que señalaran aquellas que, desde su punto de vista, considerasen como más significativas. Como hemos

realizado en anteriores ocasiones, una primera aproximación a la percepción de las profesionales acerca de las dificultades que tienen las personas mayores la representamos en la nube de palabras.

Figura 21: Nube de palabras de la categoría necesidades de las personas mayores



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Los términos que aparecen con mayor frecuencia en la categoría de necesidades y problemas son *personas*, *hijos*, *mayores*, *gente*, *soledad*, *recursos*, *casa*, *mayor* y *familia*, entre otros.

Las profesionales de todos los ámbitos abordan las necesidades o dificultades de las personas mayores como se ve en el siguiente cuadro:

Tabla 49: Percepción de las *necesidades de las personas mayores* atendiendo al ámbito profesional

Necesidades de las personas mayores	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Aislamiento Social	2	2	5	1	10	83,33%
Falta de políticas y recursos sociales	2	2	5	1	10	83,33%
Situaciones de vulnerabilidad	1	1	4	2	8	66,67%
Cambio en los modelos de familia	2	2	1	2	7	58,33%
Cuidados		2	2	2	6	50%
Falta de reconocimiento social	1	1	1	2	5	41,67%
Brecha digital	1	1	1	1	4	33,33%
Escasez del movimiento asociativo		1	1	1	3	25%
Medicalización		1	1	1	3	25%
Entorno rural		1	1	1	3	25%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Tal y como refleja la tabla el 83,33% de las profesionales señala el aislamiento social y la falta de políticas y recursos sociales como problemas de las personas mayores. Un 66,67% apunta a las

situaciones de vulnerabilidad social como por ejemplo la viudedad o una enfermedad. Mas de la mitad de las profesionales entiende que los cambios en los modelos de familia son una de las dificultades que presentan (58,33%) y la mitad identifican los cuidados de personas en situación de dependencia como un problema. Por otra parte, un 41,67% señala la falta de reconocimiento social como un problema para las personas mayores y, un 33% lo hace con la brecha digital. Finalmente, una cuarta parte, identifican necesidades tales como la escasez del movimiento asociativo, la medicalización y cuestiones relativas a entornos rurales.

En primer lugar, la necesidad percibida por la mayor parte de las profesionales, con independencia de su ámbito profesional, está relacionada con el aislamiento social, la soledad no deseada y la ausencia de relaciones positivas. Así, lo refleja la profesional de servicios sociales específicos:

“En general, suele ser el perfil, de una falta de conexión social, de inserción social, de sociabilidad, y con mucha soledad, de aislamiento social, labilidad social, no duermen y suelen estar en psiquiatría y están medicados, con problemas o dificultades emocionales, A veces con dificultades familiares, que pueden ser normalizadas. Con sentimientos de soledad, de enganches emocionales, de vinculaciones emocionales, se sienten mal” (E6 SSE urbano).

Una segunda necesidad está relacionada con la falta de políticas sociales y recursos sociales dirigidos a personas mayores. Al igual que la anterior, es señalada por profesionales de todos los ámbitos. Unas profesionales apuntan la falta de políticas que guíen las intervenciones; otras, la falta de adaptación entre los recursos y las necesidades de las personas mayores; diversas profesionales apuntan a la estigmatización de los recursos sociales y también reflejan la menor existencia de recursos en el medio rural:

“La falta de recursos sociales comunitarios. Yo entiendo que no puede haber un centro de día en todos los pueblos de la comunidad autónoma. Pero quizás tenga que haberlo en la comarca” (E2 SSC rural).

“Claro una política que marque los caminos en los cuales yo estoy avalada para avanzar” (E6 SSE urbano).

En definitiva, señalan como causa de la inadecuada cobertura de estas necesidades la falta de políticas públicas de envejecimiento.

En tercer lugar, profesionales de todos los ámbitos, salvo de gestión, identifican las dificultades derivadas de las situaciones de vulnerabilidad que pueden acontecer a lo largo de este momento vital. Apuntan la diversidad de estas situaciones tales como viudedad, enfermedades, crisis vitales y pobreza entre otras, generan que la persona tenga dificultad para dar cobertura de manera eficaz a sus necesidades:

“Hay un momento en la vida de las personas mayores que es muy delicado, que es cuando se quedan viudos y la vida se tambalea. Es una pérdida muy importante y es un momento que se les puede ayudar un montón, un momento vital muy delicado (...). Otra cosa que veo, cuando son matrimonios muy, muy mayores y uno de ellos enferma que veo la gran dificultad del otro miembro para cuidarlo. Eso da mucha penita, tener que afrontar esa dificultad, ese problema, cuando el cuerpo no te sigue y es muy duro” (E8 SSE urbano).

En cuarto lugar, profesionales de los diferentes ámbitos identificados apuntan las necesidades derivadas de los cambios en los modelos de familia y la consecuencia de estos en los cuidados. Mientras que, anteriormente, de manera tradicional la familia y, en concreto la mujer, asumía el rol de cuidadora de manera automática, con carácter prioritario ante el mercado y el Estado. En el momento actual, los cambios acontecidos han generado un desajuste de dichos roles. Las profesionales detectan situaciones familiares diversas. Una de ellas reflejaría un escaso soporte familiar, los familiares demostrarían escasa responsabilidad y poca conciencia de cuidados de su familiar, discursos tales como *“ni puedo, ni quiero”*. Se produciría un fenómeno de desvinculación familiar:

“Las familias tampoco están dispuestas en muchos casos, renunciar a todo para atender a dependientes. Y tampoco es justo, porque es normal, me decía una mujer el otro día, he pasado de cuidar a mis hijos a cuidar a mis padres, porque tengo que tener ese rol de cuidadora” (E11 Salud semi rural).

En otros contextos familiares, también fruto de los cambios de los modelos de familia, las profesionales recogen las necesidades de personas mayores destacando que *“no quieren molestar a sus hijos”* y muestran resistencia a compartir con estos las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento. En esta línea una profesional de salud recoge estas situaciones:

“Tienes otros casos que han vivido por y para ellos y cuando llegan el momento no hay vuelta atrás. Trabajar esto es difícil, la persona mayor quiere que sus hijos se dediquen a sus nietos, a su trabajo y a sus historias y no los quieren molestar” (E11 Salud semi rural).

En otros casos los conflictos surgen debido a las expectativas de cuidados de las personas mayores que esperan que sus familiares les atiendan como ellos lo hicieron:

“Pero hay otras veces de personas que se han implicado mucho, que les han dado toda su vida, se han entregado ellos pensando que el día de mañana iban a tener una vuelta, y esa vuelta no viene, y eso es mucho más doloroso, ese sentimiento de soledad” (E11 Salud semi rural).

En quinto lugar, en la misma línea, las profesionales de todos los ámbitos profesionales salvo de gestión, apuntan a los cuidados como una de las necesidades prioritarias de este colectivo. Se relacionan, tal y como hemos expuesto, con los cambios en los modelos de familias y, por otra parte, con situaciones de sobrecarga, el maltrato a las personas mayores, la atención de

matrimonios mayores en el cual un de los cónyuges es dependiente. Reflexionan las profesionales acerca de la sociedad patriarcal y las exigencias derivadas de esto, en concreto, para la mujer como cuidadora:

“Nos estamos encontrando gente de 90 años a la que les cuidan gente de otros 90 y tantos años. Y te dicen: “Yo me jubile pensando que me iba dedicar al ocio y de repente le ha dado un ictus a mi marido y he pasado de trabajar fuera a tener que trabajar en casa, que no se me reconozca”. Por no molestar a los hijos, porque los hijos trabajan, no les puede molestar” (E11 Salud semi rural).

En sexto lugar, podemos apuntar la falta de reconocimiento social como una dificultad identificada por profesionales de los distintos ámbitos. En esta línea una trabajadora social de un centro de participación apunta:

“Cambiar el chip, necesidad de emocionarse, de hablar, de tener un motivo para salir de casa, de ponerse guapas, de pasarlo bien, de que sus historias los importen a otras personas, de trascender. Que le valoren por un rol diferente al de padre, al de madre, es darle su espacio” (E7 SSE urbano).

En séptimo lugar, las profesionales de todos los ámbitos salvo de gestión, perciben una escasa participación de las personas mayores que se refleja, en una escasez del movimiento asociativo de este grupo de población:

“Cuesta la participación de las personas mayores (...). La dificultad es llegar para que participen. Tengo dificultad para ver cómo enganchar a la gente, incluso en cuestiones que les pueda gustar. En general, a las personas mayores les cuesta participar vienen demandando actividades para ellos, participo en estas actividades y ya está. Hay voluntarios si es verdad, de hecho, en nuestro centro hay actividades porque tenemos personas voluntarias muy comprometidas” (E9 SSE urbano).

“Esas asociaciones no tienen trabajador social, estamos luchando para que no se vayan abajo, cuando se van haciendo mayores los que sean presidentes. En muchas no hay relevo, el movimiento asociativo en los pueblos está bastante abandonado. También por falta de participación y de motivación de la gente” (E2 SSC rural).

El octavo aspecto identificado por las profesionales es relativo a la brecha digital, vinculada a la falta de apoyos para hacer frente a la misma, es identificado por profesionales de todos los ámbitos, salvo de gestión. Así, señala una profesional de una entidad local las dificultades que tienen las personas mayores integrantes de asociaciones para utilizar de manera adecuada la firma electrónica, y como esto obstaculiza la participación y el movimiento asociativo de este colectivo.

“Hay muchas asociaciones en pueblos que se han quedado sin subvención, porque no saben. La brecha digital es absoluta, estamos hablando de personas mayores. Necesitas el certificado digital para presentar cualquier factura de gente mayor que no tiene ni ordenador” (E2 SSC rural).

La novena cuestión apuntada está relacionada con la medicalización de las personas mayores. Así, lo apuntan los discursos de las profesionales de salud, de servicios sociales de primer nivel y de específicos:

“Tú vas al médico y le dices: “deme algo para dormir”, y el médico va y te da algo para dormir. No te pregunta por qué no duermes, que te preocupa, que te está pasando a la hora a dormir (...). Es una fortaleza del trabajo social, nadie más lo hace, nadie más lo hace” (E11 Salud semi rural).

La décima necesidad identificada por las profesionales se relaciona con dificultades derivadas de vivir en entorno rurales:

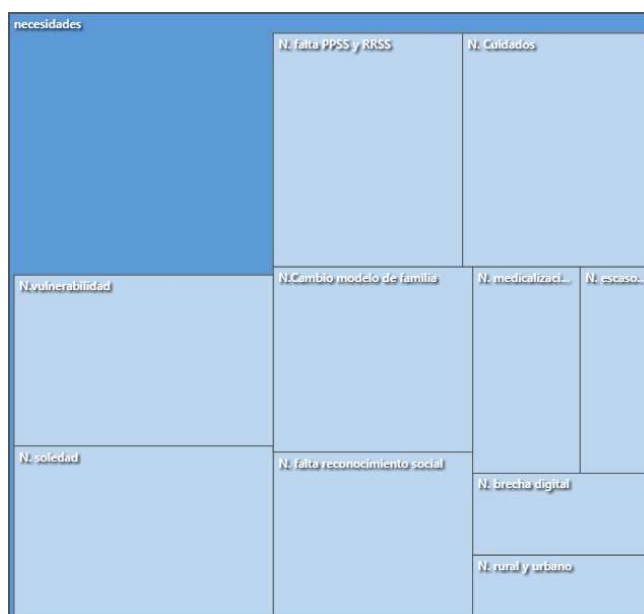
“También uniría a una política local destinada a prevenir la despoblación, o traemos gente a los pueblos de la manera que sea o..., que completen una política global” (E2 SSC rural).

Tal y como observamos las necesidades que aparecen reflejadas con mayor frecuencia en los discursos profesionales se relacionan principalmente con el aislamiento social, la falta de políticas y recursos sociales y las diferentes situaciones de vulnerabilidad.

8.3.1.1. Consideraciones generales

Una vez analizados los discursos que recogen los problemas y necesidades de las personas mayores presentamos su mapa jerárquico.

Figura 22: Mapa jerárquico de la categoría *necesidades* de las personas mayores



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Tal y como podemos observar a simple vista, el problema de soledad, de falta de políticas sociales, de vulnerabilidad social, la crisis y los cambios en los modelos de familia, tienen un mayor peso en los discursos de las profesionales. Del mismo modo, en la siguiente tabla, exponemos las diferentes necesidades atendiendo a las codificaciones existentes:

Tabla 50: Necesidades de las personas mayores atendiendo a la codificación

Necesidades	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Aislamiento social	10	12	14,29%
Falta de políticas y recursos sociales	10	12	14,29%
Situaciones de vulnerabilidad	8	12	14,29%
Cuidados	6	12	14,29%
Cambios en los modelos de familia	8	10	11,9%
Falta de reconocimiento social	5	9	10,71%
Medicalización	3	6	7,14%
Escasez del movimiento asociativo	3	4	4,76%
Brecha digital	4	4	4,76%
Entorno rural	3	3	3,57%
Total	12	84	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

La tabla recoge la presencia de un total de 84 codificaciones relativas a las necesidades detectadas por las profesionales. Muestra, en primer lugar, el mayor peso en los discursos relacionados con el aislamiento social, con la falta de políticas y recursos sociales, con la presencia de situaciones de vulnerabilidad a lo largo del proceso de envejecimiento y con los cuidados. Todos ellos cuentan con 12 codificaciones en los discursos. Por otra parte, se apuntan los cambios en los modelos de familia y la falta de reconocimiento social con 10 y 9 codificaciones respectivamente. Además de lo anterior, la medicalización se encuentra identificada en 6 ocasiones y, la escasez del movimiento asociativo y la brecha digital se apuntan 4 veces. Por último, las dificultades del entorno rural se categorizan 3 veces en los discursos.

Además de lo apuntado en el apartado anterior, en los discursos se vislumbran dos cuestiones a tener en consideración, ya que condicionan los discursos de percepción de las necesidades. El primero de ellos responde a la heterogeneidad de la población mayor. Siendo las necesidades reflejo de su diversidad. Así, la mitad de las profesionales fundamentalmente de entidades locales y de servicios sociales específicos apunta a dificultades para responder a esta cuestión, debido a la variedad de este grupo de población. Ponen en valor la existencia de diferencias individuales y la

Tabla 51: Cambios en el perfil de las personas mayores identificadas en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas

Cambios en el perfil	N.º Casos	%
Vinculados con la edad	7	58,33%
Relacionados con la autonomía	4	33,33%
Vinculados a la población inmigrante	2	16,67%
Otros cambios	11	83,33%

Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos profesionales.

Todas las profesionales abordan en sus discursos cambios percibidos en el perfil de personas mayores. Bien, relacionados con la edad, con la autonomía, con la mayor presencia de población inmigrante o bien, reflejando otros cambios. A continuación, presentamos las cuestiones más relevantes en cada uno de ellos:

En primer lugar, un 58,33% de las entrevistadas coinciden al apuntar cuestiones vinculadas con la edad, tal y como se apunta en la siguiente tabla:

Tabla 52: Tipología de cambios en el perfil de las personas mayores

Cambios	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SS E	Salud	N.º	%
Cambios relacionados con la edad	1	1	5	-	7	58,33%
Relativo al grado de autonomía	1	-	3	-	4	33,33%
Perfil relativo a la incorporación de la población inmigrante	-	-	2	-	2	16,67%
Personas mayores más demandantes	1	-	2	-	3	25%
Potencial de las personas mayores	1	-	2	-	3	25%
Cambios en los perfiles de los cuidadores	-	-	-	2	2	16,67%
Género	-	1	2	-	2	16,67%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Toman en consideración la edad cuando abordan los cambios en el perfil de las personas mayores.

Las profesionales destacan el incremento de la esperanza de vida como elemento clave:

“Ahora las personas mayores son mucho más mayores, tenemos personas mayores de 90 años y la calidad de vida sigue aumentando. El sistema farmacológico es estupendo, la sanidad también si no la gente fallecería. Las personas mayores que tenemos son muy mayores” (E12 SSE urbano).

Dicho cambio se relaciona con la situación de salud, con el aumento de la esperanza de vida, las mejoras sanitarias y las medidas incorporadas de salud pública. Todo ello ha producido un retraso en la edad de dependencia. Los discursos recogen la existencia de dos grandes perfiles. El primero integrado por aquellas personas que, en la actualidad tienen 80-85 años: En general, según refieren

las entrevistadas, son personas que no se perciben como sujetos de derechos. Son de carácter sumiso y utilizan principalmente recursos del tipo cafetería y salón de juego. En suma, personas que no realizan una demanda de ocio activa. El segundo grupo está integrado por personas con edades comprendidas entre los 65-75 años. Se perciben como sujetos de derechos, demandan formación, actividades y servicios. Dicho grupo tiene un carácter más reivindicativo. Así lo explica la trabajadora social de un CPA:

“Antiguamente este centro era un sitio donde venían sobre todo a la cafetería a jugar a las cartas, venían porque no tenía calefacción y pasaban la tarde calentitos aquí. Y, ahora la gente recién llega, buscan hacer cursos, algo más de uso, otro perfil, quieren aprender. Ahora conviven, por un lado, la gente más joven que demanda más cursos y, por otro lado, está la gente de 80 90 que vienen a jugar a las cartas. Conviven varias generaciones de lo que son las personas mayores. Yo creo que ahora es más activo, pues los jubilados son más activos” (E8 SSE urbano).

En segundo lugar, un 33,33% de las entrevistadas coinciden al apuntar los diferentes perfiles de población mayor atendiendo al grado de autonomía. Recogen dicha cuestión profesionales de gestión y de servicios sociales específicos al categorizar a las personas mayores atendiendo al grado de autonomía. En primer lugar, aquellas que tienen autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, en segundo lugar, aquellas que se encuentran en situación de dependencia y, un tercer grupo que incluiría a aquellas personas que presentan factores de fragilidad y vulnerabilidad, pero sin llegar a ser dependientes. Una profesional de un CPA describe la fisura en lo que debiera ser el “continuum” de atención:

“Están cuando son autónomos, pero luego desaparecen, se quedan en el domicilio, porque no tienen acceso a este tipo de actividades. A veces vuelven a venir como usuarios del centro de día, a mí me parece interesante ese perfil de usuarios que empieza a tener necesidades específicas, que se empieza trabajar con ellos desde la ayuda a domicilio, centros de día privado. Pero a nivel de participación no, y son los usuarios que tenemos luego en el “siempre acompañados”, porque se han quedado solos, aislados han ido perdiendo los apoyos sociales y de relación. Estamos empezando detectarlos así esta mujer venía antes aquí, su estado de salud no le permite venir al centro de forma autónoma, tendría que ser algo que facilite esa transición, las personas que están bien tiene más opciones y más recursos,(...) ese perfil con dificultades creo que se escapa y no se está atendiendo, (...) falta atender la parte relacional” (E9 SSE urbano).

“Veo una persona mayor dependiente cada vez a una edad más tardía, veo que nos piden los servicios: las plazas de centro de día y de residencias a una edad media casi de 90 años, 80 y muchos o 90” (E4 Gestión autonómica).

Algunas profesionales de servicios sociales específicos ponen en consideración cuestiones como el incremento de la población inmigrante que accede a los CPA y los valores positivos y de multiculturalidad que esto conlleva:

“Va cambiando, porque aparecen también muchas personas inmigrantes, no se han jubilado, porque antes se les pedía una jubilación y venían, pero no tenían jubilación, nunca podían pertenecer al centro. Ahora mismo se está abriendo un montón de nacionalidades, que a mí me hace mucha gracia, tenemos mexicanos, colombianos, marroquíes” (E7 SSE urbano).

En esta línea, podemos señalar que un 25% de los discursos apuntan al reconocimiento del potencial de las personas mayores y a un colectivo más exigente. Y un 16,67% a los cambios en los perfiles de cuidadores y a cuestiones de género.

En cuarto lugar, profesionales de distintos ámbitos hace referencia a que, en la actualidad, las personas mayores tienen un perfil más exigente, más demandante:

“Veo un perfil de persona mayor más demandante de servicios, no solo de recursos, con más información, con unas demandas cada vez más exigentes lo cual me parece estupendo” (E4 Gestión autonómica).

Una quinta cuestión puesta en valor, por profesionales de servicios sociales específicos y de gestión se relaciona con el cambio de los roles desempeñados por las personas mayores destacando su participación en programas de voluntariado y otras acciones solidarias:

“Yo veo, hay un potencial tremendo, quizás antes no lo veía, porque no lo miraba, o no sé. Veo que cómo las personas mayores se sitúan ante su envejecimiento y también es muy distinto. No es solamente el final de la vida, sino que es una etapa de desarrollo, promoción, ilusión, ganas tremendas. La cuestión es que todo eso, lo desarrolle la persona para sí; y también un poco para fuera, como el voluntariado, desarrollo de acciones solidarias, participación social a un nivel de mayor protagonismo” (E1 Gestión municipal).

“Opinan más, más formadas, más valientes, más fuertes” (E5 SSE semi rural).

Un sexto cambio apuntado, en concreto por las profesionales del sistema de salud, indica la modificación de los perfiles de las personas cuidadoras y a nivel general, en los modelos de cuidados:

“Porque antes culturalmente por el sistema patriarcal o porque las mujeres no trabajaban fuera de casa, trabajaban mucho pero no se entendía ese trabajo, a mí ahora me dicen que dentro de 10 años tengo que cuidar a mi marido y digo “no, no, no”. No sé, ellas lo tenían totalmente asumido. Cuidaban a sus maridos, a sus tías, no sé, ve a decirle tú a mi hijo que me tiene que cuidar a mí, yo le diré que no me cuide, porque sé lo que supone, hay hijos que me dicen claramente yo no voy a cuidar de mi madre, a todo esto añade situaciones de mujeres que tienen un marido dependiente, que tiene la obligación de

cuidarlo porque moralmente se lo han dicho, porque culturalmente se lo han dicho, y muchas de ellas vienen de episodios de violencia de género. ¿y ahora?” (E11 Salud semi rural).

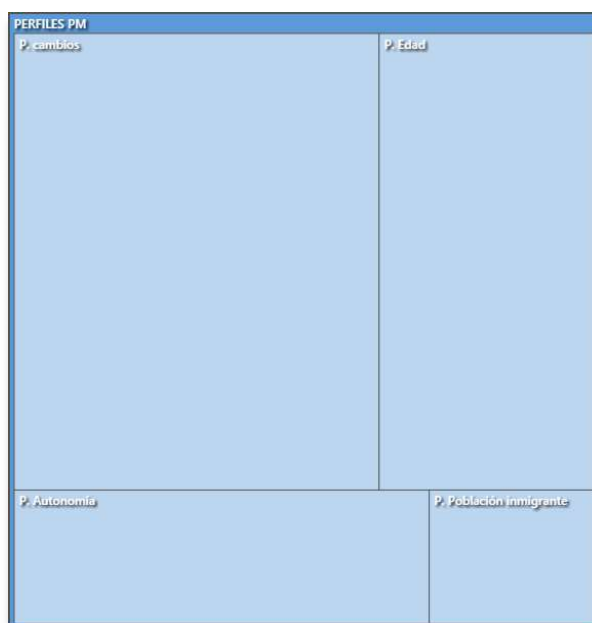
Finalmente, dos profesionales, identifican cambios relacionados con la cuestión de género:

“La independencia en el caso de las mujeres (...) y siendo una edad en la que pueden disfrutar (...) venir aquí, que vamos a empezar a cambiar las cosas” (E7 SSE urbano).

8.3.2.1. Consideraciones generales

Otra manera de abordar los cambios en el perfil es a través del peso de la codificación existente en los discursos de una forma gráfica, como son los mapas jerárquicos. Así, el mapa jerárquico de la categoría de *cambios en el perfil de personas mayores* es el siguiente:

Figura 24: Mapa jerárquico de la categoría *cambio en el perfil de personas mayores*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales

Los discursos de las profesionales se centran en gran parte, en apuntar una serie de cambios relacionados con el potencial de las personas mayores, con los cambios en el perfil de las personas cuidadoras y con la presencia de un colectivo cada vez más demandante. Ponen en valor dichos discursos la existencia de discursos profesionales atendiendo a la edad, al grado de autonomía y a la presencia de personas mayores migrantes. A continuación, presentamos la tabla que indica las codificaciones atribuidas a cada término atendiendo a las entrevistadas:

Tabla 53: Cambio en perfil de personas mayores atendiendo a la codificación

Función	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentajes
Otros cambios	10	15	48,39%
Vinculado con la edad	7	9	29,03%
Relacionado con la autonomía	4	5	16,13%
Vinculado a la población inmigrante	2	2	6,45%
Total	12	31	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Esta tabla representa en primer lugar el mayor peso en los discursos que recogen algunos de los cambios de las personas mayores. Las profesionales perciben, por una parte, que se trata de un colectivo más exigente y demandante y, por otra parte, que se han generado nuevos escenarios vinculados a los cuidados de personas en situación de dependencia. Destacamos la diferenciación de grupos atendiendo a la edad y a su grado de autonomía y, finalmente, el reconocimiento realizado de la incorporación de personas mayores inmigrantes y la importancia de reconocer sus necesidades.

8.4. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL DISCURSO PROFESIONAL

Una vez abordadas las percepciones relativas a las personas mayores en base a sus necesidades y su perfil, preguntamos a las profesionales sobre el concepto de EA. Se les pregunta, por un lado, que entienden las profesionales por el mismo y, por otro lado, desde que sistemas entienden que se debiera promover.

8.4.1. Constructo teórico del concepto de Envejecimiento Activo

En el presente apartado vamos a analizar la percepción de las profesionales sobre el concepto de EA destacando algunas dimensiones de sus discursos. Tomamos como marco de referencia el término tal y como es entendido por la OMS, es decir, “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p.79).

Figura 25. Nube de palabras conceptualización de Envejecimiento Activo



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales

La nube de palabras de la categoría *envejecimiento activo* apunta términos tales como *personas*, *envejecimiento*, *vida*, *mayores*, *años*, *cambios*, *actividades* y *proceso*. Estas palabras nos sirven de muestra acerca de los pensamientos principales sobre dicho concepto.

Todas las profesionales abordaron y explicaron que entendían por EA. A continuación, vamos a desgranar las cuestiones que se recogen en los discursos vinculados con los rasgos de este, atendiendo al ámbito de la profesional que los identifica:

Tabla 54: Categoría de *Envejecimiento Activo* atendiendo al ámbito

Envejecimiento Activo	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Definición	2	2	6	2	12	100%
Paradigma	2	2	5	2	11	91,67%
Grupo de población a quien se dirige	2	2	5	2	11	91,67%
Pilares del EA	1	1	5	2	9	66,67%
Individualización/ flexibilidad	-	-	4	-	4	33,33%
Edad de los destinatarios	2	-	1	-	3	25%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como observamos en la tabla, todas las profesionales describen qué entienden por EA. Un 91,67% de las mismas aluden en sus discursos a aspectos relacionados bien con el paradigma positivo o negativo en el que encuadran su intervención. La misma proporción de las profesionales identifica el grupo de población. Un 66,67% alude a los pilares del EA; un 33,33% de las profesionales

considera la individualización o la flexibilidad de las acciones de EA y, finalmente, un 25% realiza consideraciones de la importancia de implementar políticas de EA con otros grupos de edad añadidos al colectivo de personas mayores.

En primer lugar, los discursos relacionados con el EA nos presentan dos escenarios diferenciados. El primero de ellos, enmarcado bajo el paradigma negativo de envejecimiento, plantea el envejecimiento poblacional en clave de problema, relaciona las personas mayores con las situaciones de dependencia y con el coste económico y social que esto conlleva. Estos discursos son fundamentados por algunas profesionales:

“Hay una esperanza de vida más alta y las personas pueden vivir con los recursos necesarios, aunque esto supone mucho dinero, mucho dinero. Se está alargando tanto la vida, que no sé si va a haber dinero para cubrir todos los recursos. Estoy hablando de todos los recursos que se necesita para mantener esto. Esto es un problema gordo, gordo. La verdad es que no lo había pensado como lo estoy hablando ahora, es un problema gordo, gordo” (E3 SSC urbano).

“Tenemos a mucha más gente envejecida, no hay recursos para todos (...). Son insuficientes y sobrecargamos a los cuidadores y no implicamos a las familias, Tenemos personas dependientes y nosotros tenemos nuestros hijos, el trabajo, ... La familia, los hijos cada vez tenemos menos conciencia de cuidado, yo lo veo así esto es insostenible, esto es insostenible.” (E11 Salud semi rural).

En un sentido opuesto, observamos discursos que se integrarían en un paradigma positivo. Se apuntan ideas que sitúan como la elevada esperanza de vida, la tasa de envejecimiento poblacional como una oportunidad, valoran la productividad social más allá del componente económico. Este discurso es compartido por las profesionales de gestión municipal y por la mayoría de los servicios sociales específicos:

“Hay que promover todo lo que es la potenciación del voluntariado en el propio centro, que ellos sean docentes de distintos cursos, que les apetezca, les interese, que tengan los conocimientos, cualidades y que se formen, una disposición personal para llevar grupos. Cualidades como respeto, capacidad de comunicación, buen trato. Se trata de calidad y cualidad” (E6 SSE urbano).

“A mí me suena que tenemos una población que cada vez es más mayor, que tenemos que cambiar el chip de que a partir de cierta edad no eres mayor y ya está; sino que tienes muchos años, muchas oportunidades por delante, con mayores más capacitados, porque vienen de vidas más completas, que tiene mucho que hacer y qué decir todavía. El envejecimiento activo, es decir, mi vida laboral se ha acabado, pero tengo tanto que decir y que hacer, primero, que decir a los demás como bagaje personal y rico para el resto de las generaciones y segundo, porque tienes aún una vida muy plena y quieres hacer muchas cosas” (E1 Gestión municipal).

“Puedes ofrecer a la sociedad, a la humanidad, conocimientos, destrezas, habilidades, Sigues estando en la vida, y sigues siendo alguien. No porque te hayas jubilado dejas de dar un beneficio a la sociedad” (E6 SSE urbano).

En ocasiones, hay entrevistadas que mantienen discursos ambivalentes, enmarcándose en unos momentos de la entrevista, bajo un paradigma positivo de percibir las aportaciones de las personas mayores como una contribución social; y en otros momentos, se detectan ideas derivadas del paradigma negativo.

Varias profesionales insisten en la necesidad de desarrollar acciones que contribuyan al cambio de paradigma. Proponen para ello cuestiones tales como la implementación de proyectos intergeneracionales y participación en programas de voluntariado entre otros. Aluden a un cambio en el perfil de la población mayor y alegan la existencia de desconocimiento e invisibilidad de las personas mayores.

“Que las personas mayores estuvieran en todos los ámbitos, en centros, asociaciones. Tener una identidad no solo como gente mayor, sino que pudieran estar en todos los espacios a nivel comunitario, familiar, y, sobre todo, públicos. Que pudieran tener visibilidad en exposiciones, todas las capacidades y potencialidades que hacer, lo ha hecho una persona mayor y yo hablo de mayores activos, unos más y otros menos, Ese concepto de que los mayores no valemos para nada, y que algunos además se lo creen, de alguna forma salgan a la calle” (E7 SSE urbano).

En segundo lugar, atendiendo a la definición de la OMS (2002), las dimensiones que integran el mismo son de salud, participación y seguridad. Un 66,67% de los discursos profesionales, de los diferentes ámbitos, abordan las cuestiones que contempla el mismo. Destacamos la diversidad de respuestas que señalan relacionadas con la participación de las personas mayores en diferentes actividades:

“Lo que me suena al envejecimiento esa participación, empoderamiento, la presencia” (E1 Gestión municipal).

“Me suena a envejecer de una manera que sea haciendo cosas, que se haciendo cosas que te sirven, que hagas cosas que te hagan sentir feliz, si te gusta hacer cursos hacer cursos, si te gusta ser voluntario, se voluntario, si te gusta pasear por la Grajera, ir” (E8 SSE urbano).

“Hay un grupo muy grande de mayores que participan de forma activa en las diversas actividades y encima se les nota, cuando vienen a ti te dicen: “qué día me das la cita porque tengo gimnasia, tengo informática”. Más movilidad, más autonomía, más alegría, más redes sociales y una mejor calidad del mayor” (E10 Salud semi rural).

“Creo que tengo un concepto un poco confuso, un poco residual, A mí me suena presencia, a mí me suena la presencia de los mayores, reconocimiento, empoderamiento” (E1 Gestión municipal).

Podemos apuntar que la teoría de la actividad está presente en los discursos. Esta entiende que la actividad es un elemento fundamental para conseguir un envejecimiento clave y exitoso. Así, participar en actividades y roles sociales se relaciona con una alta percepción de adaptación, de bienestar subjetivo y de satisfacción vital por la persona mayor (Havighurst, 1961). Esta actividad incrementaría, desde el punto de vista de este modelo teórico, la posibilidad de que la persona tenga satisfacción vital (Atchley, 2006; Diggs, 2008). Como hemos apuntado, la mayoría de las profesionales apuntan que las políticas de EA se basan en la promoción de actividades para las personas mayores.

Sólo una profesional, de un CPA, indica la multidimensionalidad y en concreto, el área de salud al referirse al EA. En sus palabras:

“Envejecimiento activo sería la vida en la que tienes que continuar aprendiendo y adaptándote a los cambios, me estoy aquí liando, tanto a nivel físico, asumir los cambios de nivel de salud, de deterioro, este proceso de cambio, igual que la adolescencia su cambio, en el mayor también. Ir asumiendo ese proceso de cambio a nivel físico, mental, familiar y personal” (E9 SSE urbano).

Por otra parte, la dimensión de seguridad no aparece reflejada en los discursos de las profesionales de manera explícita, cuando abordan el EA.

Una segunda cuestión, se relaciona con la población destinataria de las políticas de EA. Profesionales de todos los ámbitos abordan esta cuestión, Podemos diferenciar dos grandes discursos. Por un lado, aquellas que contemplan al EA como acciones dirigidas a promover la actividad y la participación de las personas mayores que no tienen deterioro cognitivo y con cierta autonomía a nivel físico:

“Lo veo para personas autónomas y excluiría a priori a las personas dependientes. Cuando oigo hablar de envejecimiento activo, me suena autonomía” (E11 Salud semi rural).

“Incluyo más a la gente que no es dependiente de una tercera persona, puede tener una dependencia porque va en silla de ruedas y puede ser una persona activa. Yo sobre todo el envejecimiento activo incluyo a personas que cognitivamente están bien, a las personas independientes” (E5 SSE semi rural).

“El envejecimiento activo lleva el apellido de autonomía o cierta autonomía, yo creo, no sé” (E12 SSE urbano).

Se trata de un discurso predominante compartido por profesionales del sistema de salud, dos profesionales de servicios sociales específicos y una de servicios sociales de primer nivel. Dichos

discursos parecen indicar el desconocimiento y dudas que existe con relación a dicho término que nos ocupa.

De manera contraria, otras profesionales, principalmente de servicios sociales específicos y de gestión, apuntan que este conlleva acciones dirigidas a que toda la población mayor, con independencia de su estado físico y cognitivo. Comparten el discurso de que las políticas de EA han de orientarse a toda la población en general y no solo a aquellas que “están bien cognitivamente”:

“Aquellos que están bien y aquellos que no están bien. Pueden tener una dependencia, que no ser autónomo. Yo entiendo que sigue siendo válido, que sigue siendo persona” (E6 SSE urbano).

“Afecta tanto a personas que están bien físicamente como otras personas que tienen ciertas limitaciones, a todas las personas mayores” (E7 SSE urbano).

Relacionada con esta cuestión varios discursos apuntan a la responsabilidad individual en el proceso de envejecimiento, es decir, la importancia del compromiso que cada persona ha de establecer para el desarrollo de un EA óptimo:

“Otra cuestión que es necesario trabajar este proceso de envejecimiento, es el posicionamiento que hace cada uno a nivel social e individual, y todo el tema de vivir y el buen morir, ahora estamos empezando a trabajar todo el tema de la trascendencia, de espiritualidad, que creo que es fundamental es algo transversal que hay trabajar” (E6 SSE urbano).

Son escasos los discursos que sitúan el foco en la importancia de las políticas de EA como promotoras de este. La necesidad de incorporar los criterios macro y meso, tal y como recoge el modelo multidimensional de EA de Fernández Ballesteros (2009), por ello consideramos adecuado destacar el discurso de la profesional de gestión municipal:

“Las políticas de envejecimiento activo, son una referencia que tenemos ahí, pero no hay una política real de envejecimiento activo. Yo no la veo. Supongo que también es una cuestión de prioridades, y de cómo están los servicios sociales en general. Por ejemplo, no hay planes, no hay planes de personas mayores, no hay planes que pudieran marcar los objetivos, y todo esto que hablamos, (...). En fin, no hay planes, no hay planes a nivel local, ni autonómico, y si hay, son marcos teóricos, que luego no se desarrollan, Hay una carencia, una limitación, a nivel de los planes” (E1 Gestión municipal).

Una cuarta cuestión, hace referencia a la edad de la población destinataria. Aunque la línea principal es aquella que vincula las acciones de EA a la población mayor, algunos discursos, de profesionales de gestión y de servicios sociales específicos, apuntan la necesidad de realizar acciones a lo largo del ciclo vital:

“El envejecimiento hay que trabajarlo en todas las edades” (E1 Gestión municipal).

“Si me parece importante tener esa perspectiva a lo largo de todo el ciclo” (E4 Gestión autonómica).

“No solo es un envejecimiento cuando te jubilas, yo estoy envejeciendo ahora, mi hija está envejeciendo, es una manera de vivir, esto es así desde la cuna, hay que ser personas activas con buenos hábitos, personas activas y personas que seamos cívicas” (E8 SSE urbano).

Un último aspecto que aparece en los discursos se vincula con la importancia de la individualización y la flexibilidad de las estas acciones que promueven el EA. Estas han de adaptarse a las diferentes necesidades de cada persona, en función del deterioro y de las circunstancias. Ponen en valor *“ese envejecer realizando lo que cada persona quiere hacer”*. Es decir, se vinculan con el principio de autodeterminación y con la existencia de un proyecto vital individualizado:

“En realidad, el envejecimiento activo es en todos sus ámbitos, al final siempre dentro de cada persona, siempre hay una motivación para seguir activo en la medida que tu cuerpo, tu mente, te deje, hay que seguir ofreciendo alternativas desde los 60 65 años hasta los 90, los 100 porque siempre hay cosas que hacer” (E4 Gestión autonómica).

“Yo creo que es un envejecimiento en el que los años que te quedan te puedas marcar unos objetivos, puedes desarrollarlos. Cosas que te motiven, te relaciones, te intereses, salgas de tu zona de confort a conocer gente, a ser flexible” (E7 SSE urbano).

Por otra parte, destacan la necesidad de realizar intervenciones flexibles y adaptadas a los cambios que acontecen:

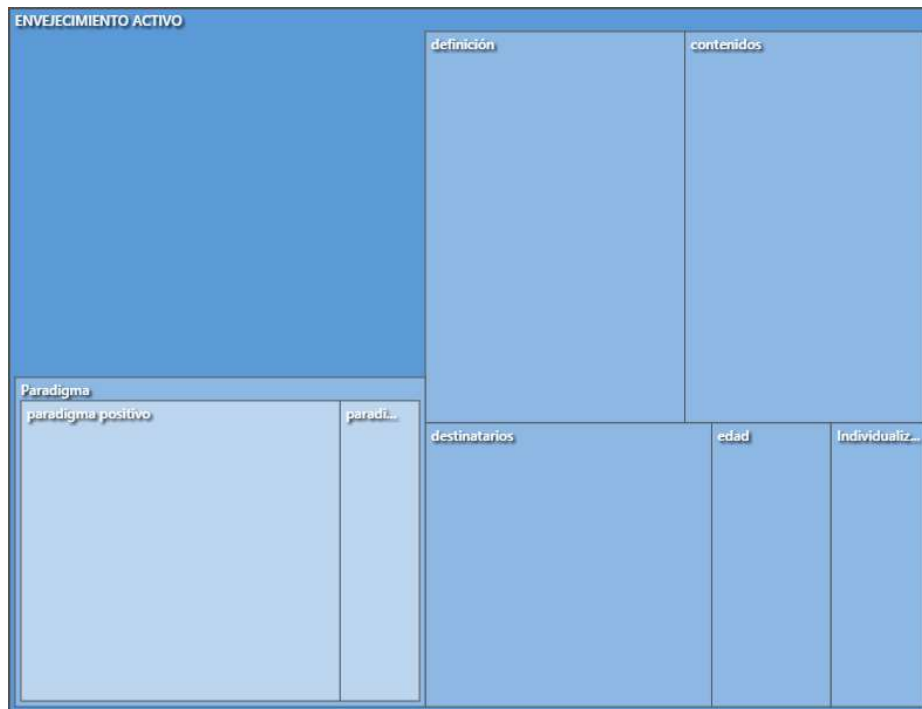
“También hay que hacer un proceso de “darse cuenta “, va a haber cosas que van a cambiar, los cambios son inevitables, con la actitud de seguir aprendiendo y adaptándonos a los cambios” (E9 SSE urbano).

Tal y como observamos, la cuestión que se refleja con mayor frecuencia en los discursos profesionales se relaciona con el paradigma, con el grupo de población al que se dirige y con los contenidos abordados.

8.4.1.1. Consideraciones generales

Una vez expuesto el análisis de discurso relacionado con el *Envejecimiento Activo*, presentamos su mapa jerárquico.

Figura 26: Mapa jerárquico categoría *Envejecimiento Activo*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Esta figura nos muestra que los discursos de las profesionales se han centrado, por una parte, en trasladar una definición particular del mismo, en definir los destinatarios y los contenidos de las acciones que promueven un EA; y, por otra parte, en poner de manifiesto una visión positiva del fenómeno del envejecimiento de la población enmarcada en un paradigma positivo. A continuación, la siguiente tabla recoge las codificaciones relativas a la categoría *Envejecimiento Activo*:

Tabla 55: Categoría de *Envejecimiento Activo* atendiendo a la codificación

Envejecimiento activo	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Definición	12	15	21,43%
Paradigma	11	20	28,57%
Contenido del EA	8	14	20%
Grupo de población a quien se dirige	11	12	17,14%
Edad de los destinatarios	3	5	7,14%
Individualización Flexibilidad	4	4	5,71%
Total	12	70	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Esta nos muestra, en primer lugar, el mayor peso de las codificaciones vinculadas con el paradigma (28,57%), con su definición (21,43%), con el contenido y con el grupo de la población destinataria

Tabla 56: Ámbitos desde los que promover el Envejecimiento Activo atendiendo al ámbito profesional

Ámbitos Envejecimiento Activo	Ámbito				Total	
	Gestión	SS C	SSE	Salud	N.º	%
Servicios Sociales	2	2	6	2	12	100%
Salud	2	1	3	2	8	66,67%
Educación	1		5	1	7	58,33%
Vivienda	1	1	2	-	4	33,33%
Cultura	-	2	2	-	4	33,33%
Deporte	-	1	1	-	2	16,67%
Otros: urbanismo, empleo, medioambiente, ocio	1	1	2		4	8,33%
Transversalidad	1	2	3	1	7	58,33%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Un 91,67% señala de manera explícita al sistema de servicios sociales; un 66,67% lo hace con salud; y, un 58,33% de las entrevistadas identifican el de educación. Los ámbitos de vivienda y cultura son referidos por un 33,33% de las entrevistadas. Finalmente, espacios como deporte y urbanismo entre otros tienen una menor presencia en los discursos; si bien, un 58,33% refieren la transversalidad.

Destacan el de servicios sociales que es señalado por todas las profesionales. Además de ser el más apuntado, en los discursos lo verbalicen en primer lugar. Esto nos puede revelar la importancia de este sistema de protección para el desarrollo de políticas de EA.

“Desde la prevención de la dependencia y luego de atención a la dependencia. Primero prevención, pero cuando llega el momento de la atención, que no se rompa este proceso, es un continuo. En cada fase va a cambiar el tipo de recursos como la intensidad de los recursos” (E9 SSE urbano).

“No es una cuestión solo de servicios sociales, Podemos pensar que no solo aquí, tenemos que hacer políticas envejecimiento activo tendríamos que mirarlas de manera más transversal” (E1 Gestión municipal).

En segundo lugar, apuntan al sistema de salud. Entienden las profesionales que han desarrollarse políticas activas que promuevan que las personas mayores alcancen mayor calidad de vida. Es indicada por la mayoría de las profesionales con independencia de su ámbito de intervención.

“A nivel sanitario la atención tendría que ser en coordinación con todos los ámbitos, primaria, especializada, ...” (E4 Gestión autonómica).

En tercer lugar, más de la mitad de las profesionales de todos los ámbitos, exceptuando de servicios sociales comunitarios, entienden que el sistema educativo ha de implementar políticas de EA. Destacan en sus discursos cuestiones como el “aprendizaje a lo largo de la vida” y las acciones intergeneracionales como líneas a desarrollar y promover:

“Yo creo que, desde todos, desde el ámbito educativo que se está haciendo, para la gente que tenga esas inquietudes a nivel cultural, de la universidad como formación formal. En la parte educativa hay que cuidar las universidades populares, las asociaciones, los centros de participación, trabajar en la parte educativa y cultural” (E9 SSE urbano).

En la misma línea apuntan al ámbito cultural vinculándolo en este caso con el turismo:

“Puede ser turismo, puede ser cultura, lo que hace el IMSERSO con las vacaciones” (E3 SSC urbano).

Se reflejan, en menor medida, otros ámbitos como deporte, vivienda, urbanismo, el medio ambiente y el empleo; como otras áreas desde las que sería positivo intervenir para mejorar la eficacia de las intervenciones y promover un envejecimiento óptimo.

Los discursos que apuntan la transversalidad representan el 58,33%. Esta es señalada por la mayoría de las profesionales de manera explícita, y aquellas que no lo expresan directamente lo hacen indirectamente en sus discursos. Una profesional del ámbito de salud reflexiona mediante una metáfora la necesidad de trabajar desde los sistemas de manera coordinada y en red:

“Para mí desde la comunidad, en conjunto desde todos los sistemas de protección, todos tenemos que estar implicados. Yo veo a veces a la población en una piscina y está todo el mundo en la piscina bañándose con gorros de diferentes colores, unos verdes, otros rojos. Estamos [el sistema de] educación aquí con su gorro verde, salud con el gorro azul, servicios sociales con el gorro naranja, justicia con el gorro marrón y de repente vemos que se va a ahogar alguien: no, que le lleva el azul; no, que lo lleva el rojo; ... y entonces te mueres. La persona está en la piscina de la comunidad, da igual qué socorrista le vaya a ayudar en las necesidades que tenga para salvarse, así es como lo veo, que tenemos que trabajar en todos los sistemas de forma coordinada” (E10 Salud semi rural).

“De todas, tendría que ser algo transversal, como la igualdad, para eso tenemos recorrido, yo en el Ayuntamiento veo las áreas de participación social y las áreas nuestras, de servicios sociales como más... También está en las áreas de vivienda, salud, que también son muy importantes, Me falta reflexión sobre esto, no es una cuestión solo de servicios sociales, Podemos pensar que solo aquí, tenemos que hacer políticas de envejecimiento activo tendríamos que mirarlas de manera más transversal” (E1 Gestión municipal).

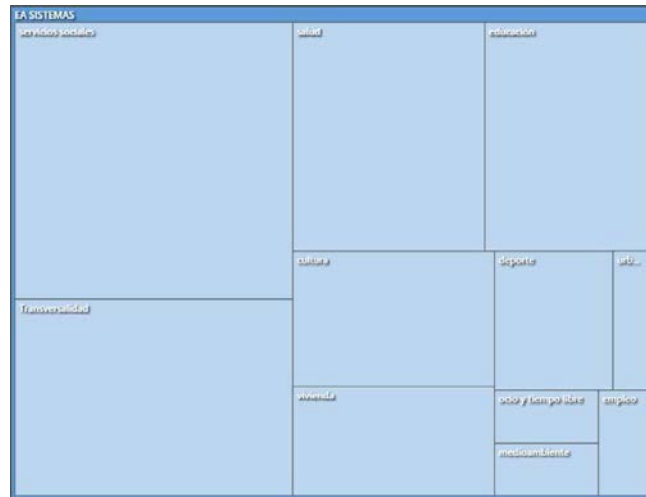
“Todas, todas, servicios sociales, contar con servicios sanitarios, con el alcalde de turno para ver qué se planifica en el pueblo, con todo. Es un concepto global, es un tema transversal, sobre todo en estos pueblos de la Rioja, necesario. Es transversal todos son mayores. Envejecimiento activo es todo; va a condicionar todas las políticas que hagas. Yo creo que hay que tenerlo en cuenta absolutamente” (E2 SSC rural).

Como se ha visto en líneas generales podemos afirmar la necesidad de intervención desde los diferentes sistemas para conseguir una promoción eficaz del EA. Indican en sus discursos, de manera explícita, diferentes sistemas.

8.4.2.1. Consideraciones generales relacionadas con los sistemas desde los que promover el Envejecimiento Activo

La siguiente aproximación se realiza a través de las codificaciones vinculadas a la categoría *sistemas* y se representa en su correspondiente mapa jerárquico.

Figura 28: Mapa jerárquico de la categoría *ámbitos desde los que promover el Envejecimiento Activo*



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Vista la ilustración, podemos señalar que los discursos profesionales que abordan esta cuestión se centran por una parte, en los ámbitos de servicios sociales, salud y educación como sistemas principales y, por otra parte, en el concepto de transversalidad como principio inspirador de las políticas de envejecimiento. El resto de los sistemas tienen menor peso en los discursos. A continuación, presentamos la tabla que recoge las codificaciones atendiendo al porcentaje de las entrevistas que lo apuntan.

Tabla 57: *Ámbitos desde los que promover el Envejecimiento Activo* atendiendo a la codificación

Nivel	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentaje
Servicios sociales	12	14	25,45%
Salud	8	8	14,55%
Educación	7	7	12,73%
Vivienda	4	4	7,27%
Cultura	4	5	9,09%
Deporte	2	3	5,45%
Otros: urbanismo, empleo, medioambiente, ocio	4	4	7,27%
Transversalidad	7	10	18,18%
Total		55	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En esta línea, observamos la presencia de codificaciones relativas a los diferentes ámbitos desde los que se puede promover EA. En cuanto a los sistemas, nos muestra, en primer lugar, el mayor peso de las codificaciones vinculadas al sistema de servicios sociales (14), seguido de salud (8) y educación (7). Mientras que otros ámbitos tales como vivienda, cultura, deporte entre otros tienen una menor presencia en los discursos de las profesionales.

En el desarrollo de esta pregunta las profesionales plantean una serie de cuestiones generales que consideramos relevantes. Asuntos como el liderazgo de los profesionales de TS para el desarrollo de programas en los diferentes sistemas de protección; la participación de las personas mayores; y, por último, la dimensión de igualdad de género.

La primera de ellas defiende la presencia de estos profesionales en los diferentes sistemas para promover el desarrollo de políticas de EA. Así profesionales de gestión y de servicios sociales específicos reclaman mayor presencia de este colectivo profesional en los diferentes sistemas:

“El trabajador social es un agente fundamental para hacerle entender, sobre todo a los políticos, qué políticas tienen que ofrecer al pueblo, una coordinación absoluta con los servicios sanitarios para la tramitación de ayudas” (E2 SSC rural).

Una segunda cuestión apunta a la participación de las personas mayores en la toma de decisiones vinculadas al desarrollo de políticas de envejecimiento y también una mayor presencia de este colectivo en las diferentes esferas:

“El envejecimiento hay que trabajarlo en todas las edades. En todo caso, en Logroño, con los 28.000 mayores, podemos pensar en otras políticas de envejecimiento, con mayor presencia de los mayores” (E1 Gestión municipal).

Por último, profesionales de los diferentes ámbitos señalan la cuestión de género, como un criterio que ha de guiar las políticas de EA:

“Pero el tema de género está ahí, no se puede obviar ya que las mujeres siguen estando pasivas, reactivas y estresadas” (E6 SSE urbano).

Los discursos apuntan a una promoción de políticas de EA que implique a los diferentes sistemas, siendo necesario la colaboración entre los mismos.

8.5. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS MAYORES: DEBILIDADES, FORTALEZAS Y RETOS.

Una vez abordado el concepto de EA, el último bloque de la entrevista se dirige, en primer lugar, a los discursos relativos a las debilidades y fortalezas que perciben que tiene el TS en el momento actual en su práctica diaria y, en segundo lugar, a los retos que tiene la disciplina a nivel general.

8.5.1. Discursos acerca de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades

En el presente epígrafe, partimos de los discursos profesionales y los analizamos mediante un análisis DAFO, herramienta empleada en planificación estratégica y también, en acción social (Siamón, 2012). En el trabajo que nos ocupa se ha tenido en cuenta dicha categorización como eje vertebrador de los discursos. La primera dimensión contempla las amenazas y oportunidades del entorno externo que se producen en el sector y la segunda dimensión, identifica las fortalezas y debilidades en esta profesión a nivel interno (Siamón, 2012). Ello nos permite obtener una fotografía de cómo perciben los profesionales el TS en el ámbito del envejecimiento.

Figura 29: Nube de palabras de la categoría del DAFO del TS con personas mayores



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Al igual que en los apartados anteriores, mediante la nube de palabras realizamos una primera aproximación a los términos más frecuentes en la categoría *análisis DAFO*. Así, términos como *trabajo*, *social*, *gente*, *bien*, *nosotros*, *somos*, *personas*, *mayores*, *tienes* y *apoyo*, se recogen en la misma.

A continuación, en la siguiente tabla presentamos los resultados de los análisis identificados en los discursos de las profesionales y se apuntan los códigos recogidos respecto a estas. Posteriormente abordaremos otras cuestiones generales vinculadas las mismas.

Tabla 58: Dimensiones del análisis DAFO en los discursos profesionales y porcentaje de entrevistadas

Función	N.º Casos	%
Debilidades y amenazas	12	100%
Fortalezas y oportunidades	11	91,67%

Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos profesionales.

En este análisis, observamos que todas las entrevistadas apuntan debilidades y amenazas; y todas menos una, identifican fortalezas y oportunidades, un 91,67%. A continuación, vamos a ir exponiendo los discursos vinculados a cada una de estas dimensiones.

8.5.1.1. Debilidades y amenazas del Trabajo Social con personas mayores

Las debilidades y amenazas constituyen los puntos débiles de la intervención del TS con personas mayores. Las primeras, se refiere a las circunstancias internas de la disciplina y de la intervención concreta del TS; y; las segundas, son aquellas dificultades que se encuentran en el entorno. A continuación, presentamos las mismas atendiendo a su descripción en los discursos por las profesionales de los diferentes ámbitos.

Tabla 59: Debilidades y amenazas del TS con personas mayores por ámbitos profesionales

Debilidades y amenazas	Ámbitos				Total	
	Gestión	SSC	SSE	Salud	N.º	%
Debilidades	1	2	4	1	8	66,67%
Burocratización	1	2	-	-	3	25%
Acomodación	-	1	2	-	3	25%
Escaso TS Grupal y TS Comunitario	-	1	-	1	2	16,67%
Sobrecarga emocional/ exceso de trabajo	-	1	1	-	2	16,67%
Falta de formación específica	-	-	1	-	1	8,33%
Amenazas	1	1	5	1	8	66,67%
Dificultades de recursos y servicios	-	1	3	-	4	33,33%
Falta de estrategias de envejecimiento	1	-	1	-	2	16,67%
Papel políticos o responsables	-	1	1	-	2	16,67%
Falta de marketing social	-	-	1	1	2	16,67%
Envejecimiento demográfico	-	1	-	-	1	8,33%
Instrumentalización de las personas mayores	-	-	1	-	1	8,33%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como vemos en el cuadro, encontramos que un 66,67% de las entrevistadas plantean dificultades. Esta se relaciona con la burocratización (25%); con “acomodarse”; con el exceso de trabajo y con sobrecarga emocional (16,67%); y, finalmente, un 8,33% con falta de formación específica.

Por otra parte, un 66,67% de las profesionales identifican amenazas. Apuntan en primer lugar, dificultades derivadas de la gestión de recursos y servicios (33,33%). En segundo lugar, aspectos relacionados con la falta de una estrategia de envejecimiento, con la falta del marketing del TS y con la gestión inadecuada por parte de los poderes públicos. Finalmente, un 8,33% señalan el envejecimiento demográfico y la instrumentalización de las personas mayores.

La burocratización de las tareas profesionales es una de las dificultades identificadas por profesionales de servicios sociales comunitarios y de gestión. Así una trabajadora social de servicios sociales comunitarios señala:

“Yo que llevo como toda la ayuda domicilio y el trabajo que supone el seguimiento de los casos y las tramitaciones que supone muchísimo trabajo; en detrimento de mi servicio Para que el servicio funcione bien, yo pueda conocer a la gente, las problemáticas y pueda actuar, necesitas visitar a la gente de forma continuada” (E3 SSC urbano).

Una segunda cuestión se relaciona con dificultades derivadas de una “actitud cómoda” por parte de las profesionales. Este discurso es referido por las trabajadoras sociales de servicios sociales específicos y de primer nivel:

“También nos hemos acomodado al horario, si hay que trabajar una tarde se trabaja, si se queda un sábado para una comida con los jubilados se hace, si hay que hacer una actividad el domingo pues se hace; el trabajador social es eso. Y ya está, sobre todo en lo comunitario, en los pueblos de La Rioja, yo entiendo que aquí nos hemos puesto demasiado exquisitos” (E2 SSC rural).

Un tercer aspecto apuntado es que se primen fundamentalmente intervenciones individuales frente a aquellas grupales y comunitarias que quedarían en un segundo plano. Esto se percibe como un obstáculo para las profesionales de servicios sociales comunitarios y de salud:

“Comunitario dejamos de hacer. Hace años hacíamos. Esto ha cambiado mucho de cuando yo empecé a trabajar, nos ha metido burocracia, documentos y papeles. Nosotros hacíamos grupos, cuando se creó el sistema de servicios sociales...” (E3 SSC urbano).

Otra de las dificultades y/o debilidades responden a diversidad de emociones tales como desmotivación, agotamiento, apatía, desinterés, saturación entre otras. Son recogidas en este sentido por profesionales de servicios sociales comunitarios:

“El problema que tengo es que no los puedo manejar, porque no tengo tiempo material. Estoy agotada” (E3 SSC urbano).

Por otra parte, una profesional de servicios sociales específicos identifica la falta de tiempo como elemento que obstaculiza nuevos proyectos:

“Tampoco me lo he planteado mucho porque no tengo tiempo para estas cosas. Vendría bien tiempo para reflexionar, porque a veces vamos con tanta prisa que no nos paramos a pensar. Sería muy interesante hacer unas jornadas de puertas abiertas (...) pero tampoco tengo tiempo para organizarlo” (E8 SSE urbano).

Otras profesionales identifican la falta de formación específica vinculada a personas mayores como una dificultad existente en su intervención profesional.

En cuanto a las amenazas existentes, las profesionales identifican cuestiones relacionadas con los recursos y servicios. En concreto, apuntan a la falta de sistemas de coordinación, a la promoción de la actividad en sí misma y finalmente, a unas prácticas inadecuadas de voluntariado.

La primera de ellas apunta a la ausencia de protocolos de coordinación. En palabras de una profesional de servicios sociales específicos:

“No tenemos espacios estables de coordinación, de compartir, de trabajar, en los centros vemos esto... De recoger propuestas de cosas en común” (E9 SSE urbano).

“Yo soy una persona que me cuesta ponerme a reflexionar en el día a día; te requiere esfuerzo, pereza, y nos olvidamos esa parte de reflexión, qué estamos haciendo, dónde vamos, luego cuando te lo preguntan dices, tengo dificultades para saber qué objetivos tengo, porque no estoy acostumbrada hacer ese trabajo, no hay un marco, un paraguas que defina eso, ya no reflexionar en solitario, en solitario también, pero una reflexión compartida, para ver hacia donde caminamos, eso me parece super importante y la hemos perdido” (E9 SSE urbano).

La segunda idea es el planteamiento de los CPA de realizar gran número de actividades. En esta línea, indican la necesidad de un objetivo y de una estrategia que les de contenido a las mismas:

“Estamos acostumbradas a poner actividades, y no es la “activity por la activity”, tiene que tener un sentido, un objetivo, una motivación” (E6 SSE urbano).

Una tercera cuestión se relaciona con la existencia de personas voluntarias que desarrollan prácticas inadecuadas.

“Entendemos que había que acabar con el concepto anterior de voluntariado malentendido y renovar las opciones” (E7 SSE urbano).

Las profesionales también identifican como amenaza, la falta de estrategias que orienten las intervenciones vinculadas a personas mayores:

“La necesidad de una estrategia, que está claro que se plasmen todos los ámbitos, la aportación que cada área podría hacer. No solamente desde los servicios sociales, sino la presencia del trabajo social dentro de estas facetas tiene que ser integrar” (E4 Gestión autonómica).

Diferentes discursos apuntan dificultades relacionadas con la percepción de escasa visibilidad de la disciplina del Trabajo Social. Este aspecto se señala de manera explícita por profesionales de servicios sociales específicos y de salud. También se apuntan cuestiones tales como que no se tienen en cuenta criterios técnicos para la toma de decisiones por parte de los políticos.

“Esto es algo que creo que nos falta a nivel de trabajo social. No tenemos una visión de venta, me da igual donde trabajemos, no se nos ve. Somos invisibles. Nosotros nos tenemos que hacer visibles” (E11 Salud semi rural).

“Entran los políticos y entran a degüello. Nosotros estamos trabajando, estamos aguantando lo inaguantable” (E3 SSC urbano).

Finalmente, apuntan cuestiones como el envejecimiento de la población y la instrumentalización, en ocasiones, de este grupo de población:

“De hecho tiene mucho peso porque votan, son muchos y votan” (E8 SSE urbano).

8.5.1.2. Fortalezas y oportunidades del Trabajo Social con personas mayores

Las fortalezas y oportunidades constituyen los puntos fuertes de la intervención del TS con personas mayores. Las primeras, se refiere a las circunstancias internas de la disciplina y de la intervención concreta del TS. Las segundas, son aquellos factores positivos que se encuentran en el entorno. A continuación, presentamos las mismas atendiendo a su descripción en los discursos por las profesionales de los diferentes ámbitos.

Tabla 60: Fortalezas y oportunidades del TS con personas mayores por ámbitos profesionales

Fortalezas y Oportunidades	Ámbitos				Total	
	Gestión	SSC	SSE	Salud	Nº	%
Fortalezas	2	1	6	2	11	91,67
Funciones profesionales: Apoyo psicosocial, trasladar necesidades a políticos y diversidad de estas	1	1	4	1	7	58,33
TS grupal y comunitario	2	1	1	1	5	41,67
Profesional de referencia	1	1	1	1	4	33,33
Enfoque integral	1	1	1	1	4	33,33
Oportunidades	1	-	4	-	5	41,67
Gestión eficiente de servicios	1	-	2	-	3	25
Paradigma positivo de envejecimiento: promoción de la autonomía, potencial de las personas mayores	1	-	2	-	3	25

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como vemos en la anterior tabla, encontramos que un 66,67% de las entrevistadas con independencia de los ámbitos apuntan fortalezas del TS en materia de envejecimiento; mientras que un 41,67% de las profesionales, en concreto de los ámbitos de gestión y de servicios sociales específicos señalan oportunidades relacionadas con el entorno.

Con relación a las fortalezas las profesionales de todos los ámbitos, la reconocen como una profesión privilegiada, que permite desempeñar variedad de roles profesionales. Una profesión en la que la relación que el profesional establece con el sistema cliente es un recurso en sí mismo y una profesión que es próxima y universal. A modo de ejemplo una entrevistada de salud recoge en sus discursos:

“El trabajo social puede aportar mucho en esa etapa vital y de culminación de la vida, y también de preparación para la muerte, aquí hay mucho por desarrollar” (E1 Gestión municipal).

“Podemos aportar la visión social, el apoyo psicosocial es importantísimo” (E11 Salud semi rural).

Una segunda cuestión, puesta en valor por las profesionales de los diferentes ámbitos, es la referida a las dimensiones grupales y comunitarias. En concreto, una profesional de servicios sociales comunitarios apunta:

“El trabajador social con personas mayores, hoy por hoy hace lo que hace, pero podría hacer mucho más, podría hacer mucho más, con todo esa vertiente individual, grupal y comunitaria” (E3 SSC urbano).

Una tercera cuestión está relacionada con la percepción de que los y las trabajadoras sociales son profesionales de referencia en los diferentes sistemas de protección. Esta idea también es anotada por profesionales de todos los ámbitos:

“Trabajamos en base, somos la primera puerta para el ciudadano. Tanto en salud como en servicios sociales, somos la puerta de entrada de todos los sistemas” (E11 Salud semi rural).

Finalmente, el enfoque holístico es otra fortaleza puesta en valor en los discursos. Así, las profesionales exponen que este técnico aborda las diferentes dimensiones de la persona y la relación de esta con un entorno, con su contexto aportando una atención integral. Así lo describe la profesional del servicio autonómico de personas mayores:

“Trabajo social aporta una atención integral a la persona, porque la atención de muchos técnicos es actuar tu parcela sin ver el resto, El trabajo social ofrece esa visión, todos los ámbitos” (E4 Gestión autonómica).

En cuanto a las oportunidades identificadas en los discursos profesionales apuntan al paradigma positivo de envejecimiento y una organización más eficiente de los recursos. En relación con el primero, discursos de profesionales de servicios sociales específicos y de gestión, ponen en valor el papel de las personas mayores como agentes activos y las aportaciones que realizan a la sociedad:

“Porque las personas mayores han de ser una parte activa de la sociedad, de las familias”
(El Gestión municipal).

En cuanto a la segunda oportunidad, profesionales de los mismos ámbitos identifican mejoras en la gestión de servicios y recursos:

“Estamos fomentando la promoción de la autonomía personal a través de los cursos, actividades, talleres” (E8 SSE urbano).

8.5.1.3. Consideraciones generales

Un siguiente análisis agrupa los códigos vinculados al análisis DAFO y la representación de estos en un mapa jerárquico. Esta representación de los códigos y categorías permite observar el peso atribuido a cada código por las entrevistadas en sus discursos. Por consiguiente, el mapa jerárquico de la categoría *análisis DAFO* es el siguiente:

Figura 30: Mapa jerárquico categoría *análisis DAFO* del TS con personas mayores



Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

La presente ilustración nos señala que las profesionales orientan sus discursos a describir diferentes cuestiones como la amenaza que constituye las dificultades derivadas de servicios y recursos; la debilidad de la sobrecarga del profesional; la fortaleza de la diversidad de funciones de esta disciplina; y, en menor medida, se hacen eco de la oportunidad que constituye el paradigma

Al igual que en los apartados anteriores, la nube de palabras nos permite realizar una primera aproximación a los términos que se presentan con mayor frecuencia en los discursos. Palabras como *personas, mayores, trabajo, social, gente, envejecimiento, vida, imagen, trabajar y comunidad*, tienen una mayor presencia en los fragmentos codificados como retos profesionales. Categorizamos los resultados diferenciando dos bloques. El primero, vinculado con cuestiones relacionadas con el TS incluyendo aspectos tales como: las funciones profesionales y los niveles de intervención. Un segundo bloque hace referencia a dimensiones relativas a la intervención con personas mayores. Ello nos presenta un escenario de desafíos profesionales para el TS en el ámbito del envejecimiento.

En la siguiente tabla presentamos dicha categorización atendiendo a los discursos de las profesionales:

Tabla 62: Retos del TS con personas mayores y porcentaje de entrevistadas

Retos	N.º Casos	%
Retos vinculados con TS	9	75%
Retos vinculados con personas mayores	9	75%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como refleja la anterior tabla, un 75% de las entrevistadas apuntan en sus discursos desafíos relacionados con el TS y con las personas mayores. A continuación, exponemos los resultados de este:

8.5.2.1. Retos vinculados con el Trabajo Social

A continuación, presentamos las mismas atendiendo a su descripción en los discursos por las profesionales de los diferentes ámbitos.

Tabla 63: Retos vinculados con el TS por ámbito profesional

Retos	Ámbitos				Total	
	Gestión	SSC	SSE	Salud	N.º	%
Retos vinculados con el TS	2	1	5	1	9	75%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Como vemos en el cuadro, encontramos que un 75% de las profesionales, con independencia del ámbito, incorporan en sus discursos desafíos relacionados con el TS. Estos se relacionan con la responsabilidad personal y profesional, con las funciones, con la especialización, con los niveles de intervención y con el incremento de la visibilidad y presencia de esta figura profesional en

diferentes ámbitos. Así, en primer lugar, diferentes profesionales apuntan como reto la responsabilidad profesional y personal:

“Es una parte de responsabilidad de cada uno, no solo de las políticas públicas, como profesionales luego vienen otros y te roban el terreno, lucha por tu parcela, reivindica la parte que tú sabes hacer” (E2 SSC rural).

En segundo lugar, plantean cuestiones relativas a las funciones profesionales. Por un lado, reclaman el mayor desarrollo de funciones tales como el acompañamiento, la prevención, la promoción, la formación, la investigación y la reivindicativa. Y, por otro lado, señalan como desafíos desburocratizar la profesión y disminuir las tareas administrativas:

“Desde la promoción, evitar trabajar de forma asistencial. Trabajar más de una forma comunitaria” (E11 Salud semi rural).

“Dinamizar lanzar proyectos, investigar. Si se lanzarán proyectos conjuntos coordinarlos y liderarlos” (E5 SSE semi rural).

“Es que es necesario simplificar todo eso, un decreto de alcaldía y ya está. Si hay una modificación de ese servicio yo tengo que hacer una ampliación, si hay una modificación de grado y quiere más horas, yo tengo que hacer una ampliación de todo, es horrible” (E3 SSC urbano).

Investigar es muy importante colaborar en investigaciones, tener un tiempo para investigar, reflexionar sobre lo que estamos haciendo y también evaluar, para ver hacia donde tenemos que ir. (E6 SSE urbano).

Por otra parte, señalan como retos desempeñar funciones directivas y ocupar puestos de responsabilidad e implementar tareas de denuncia social.

Una tercera cuestión identificada se vincula con la especialización y, en esta línea, plantean realizar una formación específica y adaptada a las personas mayores, el desafío de “reciclarse” de manera periódica. Así, apuntan dos profesionales de entidades locales:

“Recuperaría la especialización de los trabajadores sociales en el colectivo, sí, recuperaría la especialización(...)poder especializarnos en el futuro en eso, sería interesante, y puestos a soñar... interesante que las trabajadoras sociales que son super mega polivalentes, pudieran especializarse en todas las facetas de la envejecimiento, de la gerontología, sí, y yo misma, a mí me encantaría, poder especializarme, formarme, yo creo que no tenido una formación a este nivel” (E1 Gestión municipal).

“Lo que estudié yo hace 25 años ¿Qué tiene que ver con lo de ahora? Si, Mary Richmond, (risas), Podemos acomodarnos, pero hay que reciclarse permanentemente y más en nuestra profesión, por favor, o nos reinventamos o se va a la porra” (E2 SSC rural).

La cuarta cuestión se relaciona con los niveles de intervención. En esta línea, las profesionales reclaman mayor presencia de las intervenciones grupales, comunitarias y del trabajo en red. Una profesional del sistema de salud lo argumenta del siguiente modo:

“Me gustaría destacar la gran importancia de la comunidad, esos valores que antaño había también en el ámbito rural ahora este individualismo están haciendo perder que nos preocupemos más de nuestros vecinos, que estemos más en nuestras casas, que no se salga tanto a la calle a charlar, poner en valor el trabajo de la propia comunidad (...), me da igual la problemática que surja, violencia, alcoholismo, drogodependencias aislamiento, soledad, olores, higiene, malas relaciones familiares, que se pueda trabajar desde la perspectiva social, pero quien se entera en primera instancia son los vecinos” (E11 Salud semi rural).

Con un enfoque más extremo se sitúa la propuesta de la profesional de un CPA que plantea el reto de crear espacios comunitarios e integrar a los diferentes colectivos en los mismos, más allá de la convivencia en estos:

“Yo soy comunitaria, soy rural. Y entiendo que hay que cuidar el bien común, ahora se habla poco del bien común y bien común somos todos. Da igual la edad que tengas. Tendríamos que acercar las escuelas a los mayores, a las residencias. Europa nos lleva mucho adelanto en esto, tenemos mucho miedo a la muerte, a ocultarla, la dependencia a ocultarla, los discapacitados a ocultarlos. Aunque se ha avanzado en nuestra civilización, hay que dar ese pasito más, está muy bien que haya centros porque yo creo que tiene que haber centros específicos de discapacidad a veces, pero también tiene que haber algo más comunitario. Algo compatible, que apoye. Que conmigo haga teatro una mujer discapacitada, una persona mayor. Cuando yo voy a rehabilitación de la Seguridad Social hay niños, mayores,... es decir, como el sistema de salud van todos de las diferentes edades, condición económica (...) por normalizar” (E6 SSE urbano).

Finalmente, plantean otros desafíos como visibilizar la disciplina del TS y el incremento de estos profesionales en diferentes ámbitos para un desarrollo eficaz de sus funciones:

“Si nosotros lo entendemos, lo comprendemos y tenemos en nuestra cabeza una planificación para poder trasladar al resto, debemos reivindicar ese papel nuestro, creérnoslo, formarnos, asumirlo, liderar ese cambio. Tenemos que liderar ese cambio en las estructuras políticas, ciudadanos y en los pueblos” (E2 SSC rural).

En la misma línea de reconocimiento profesional proponen que se tenga en cuenta su criterio profesional para la toma de decisiones. Así lo apuntan varios profesionales de CPA:

“Me encantaría que nos preguntaran a los técnicos a la hora de organizar los servicios sociales, me encantaría, estamos deseosos de decir humildemente lo que vemos en el día a día y las personas que tienen la capacidad de organizar que luego hagan lo que quieran; igual nosotros no entramos en presupuestos y en cosas que es difícil de organizar. Pero a los técnicos no nos preguntan casi nada y nos encantaría que nos preguntase algo, y que hubiera una buena comunicación” (E8 SSE urbano).

8.5.2.2. Retos vinculados con las personas mayores

En el presente epígrafe presentamos los desafíos relacionados con las personas mayores. Estos se centran fundamentalmente en la promoción del paradigma positivo de envejecimiento, en el

reconocimiento de la heterogeneidad de las personas mayores, en intervenciones integrales y, finalmente, en la participación de las mismas en los procesos de toma de decisiones.

Tabla 64: Retos vinculados con las personas mayores por ámbito profesional

Retos	Ámbitos				Total	
	Gestión	SSC	SSE	Salud	N.º	%
Retos vinculados con las personas mayores	2	1	5	1	9	75%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

En primer lugar, las profesionales plantean de manera explícita o implícita un cambio de paradigma. Apuntan el reto de que las personas mayores se perciban no como un problema social, sino como una oportunidad de aprendizaje para el resto de la sociedad. Implica luchar contra el edadismo, es decir prevenir y disminuir la discriminación por razón de edad. Así apunta la profesional de un CPA:

“Es muy bonito porque así cambiamos también la imagen, tenemos que cambiar la imagen que se tiene de las personas mayores, dejar de lado la imagen de que han dejado de lado lo mejor de su vida y transmitir la imagen que tiene mucho que aportar, que tiene mucha sabiduría, conocimientos, experiencias que aprovechar” (E9 SSE urbano).

Un segundo aspecto se vincula con el reconocimiento de la heterogeneidad de las personas mayores. Parte de la premisa de que se trata de un grupo poblacional diverso y con necesidades individuales que requieren respuestas e intervenciones diferentes;

“Estamos hablando de una población muy amplia, muy heterogénea, de personas de menos de 60 años, hasta... son muchos años y son necesidades diversas” (E9 SSE urbano).

La amplitud de años que abarca este periodo implica que las personas puedan pasar, por diferentes etapas con las consiguientes dificultades y aspectos a atender. Por ello es importante que se adapten los recursos a las necesidades y a las personas, así lo apunta la profesional de gestión autonómica:

“Y el seguimiento de la evolución del servicio. Me parece importante, no solo cuando accede, sino como se encuentra, cómo va evolucionando y seguir ofreciendo otros servicios o recursos que vayan necesitando en función de sus necesidades” (E4 Gestión autonómica).

Otra cuestión apuntada es el reto de atender a las personas de manera integral, considerando las diferentes esferas vitales física, psicológica, social y espiritual. Estos enfoques multidimensionales son señalados como una necesidad de este colectivo de edad y también como una aportación que los profesionales de TS pueden hacer, en concreto al colectivo de personas mayores, debido al carácter holístico de esta disciplina.

“Tienes que trabajar desde todos los ámbitos y de manera coordinada, coordinarte dependemos de personas y dependiendo de la buena voluntad de la gente es más fácil o es más difícil” (E11 Salud semi rural).

El último desafío del presente apartado hace referencia al reto de la participación en los procesos de toma de decisiones. En esta línea establecen la importancia de una mayor implicación de las personas. En palabras de la profesional de gestión municipal:

“Desde el Consejo municipal de personas mayores ha habido determinadas propuestas, determinadas mejoras en servicios municipales, que han venido de la mano del Consejo municipal de personas mayores para que también ellos los mayores, desarrollen un sentido un poco más crítico de las políticas que les afectan. Es un trabajo en una doble dirección, por una parte, veo, cuestiones que interesan a los mayores y que deben de incorporarse en la agenda municipal una presencia, una respuesta; y, por otra parte, cuestiones que les afectan a los mayores y que se desarrollan desde el ámbito estatal, autonómico y local. Que los mayores tengan análisis, una visión y una reflexión de todo eso, que acontece por ellos; que tengan una opinión más cualificada, más crítica. En fin, que en el engranaje municipal también los mayores tengan esa responsabilidad” (E1 Gestión municipal).

8.5.2.3. Consideraciones generales

A continuación, en la siguiente tabla recogemos el peso de las codificaciones relacionadas con la categoría *retos* atendiendo a los discursos de las entrevistadas:

Tabla 65: Retos del TS con personas mayores atendiendo a la codificación

Retos profesionales	N.º Entrevistas	Codificaciones	Porcentajes
Retos vinculados con el TS	9	16	43,24%
Retos vinculados con las personas mayores	9	21	56,76%
Total	11	37	100%

Fuente: Elaboración propia basada en los discursos profesionales.

Observamos una presencia mayor de elementos codificados vinculados con aspectos relacionados con las personas mayores (56,76%), frente al 43,24% de elementos codificados como retos orientados al TS.

Por consiguiente, las profesionales entrevistadas han hecho el esfuerzo de reflexionar sobre las debilidades y fortalezas del TS en el momento actual en su práctica diaria y también, acerca de los retos que afectan a la disciplina y que posibilitarían una mejor atención a las personas mayores. Podríamos señalar que estamos inmersos en un cambio de paradigma que implica la lucha contra la discriminación y la aceptación del envejecimiento de la población como una oportunidad y reto para la sociedad. En definitiva, el TS está dotado de herramientas y competencias para hacer frente a dichos desafíos desde una perspectiva integral e individualizada.

CAPÍTULO 9.

TENDENCIAS DE FUTURO

Finalizamos la presentación de resultados apuntando las tendencias de futuro respecto al EA, en línea, con la finalidad de nuestra investigación de contribuir a la mejora de las políticas, programas y servicios de EA desde la perspectiva del TS. Para ello, nos basamos en los discursos de los responsables políticos e institucionales tanto de la comunidad foral de Navarra, comunidad que cuenta con una Estrategia de EA y saludable, como de la Comunidad Autónoma de La Rioja. También tomamos como referencia discursos de las personas mayores.

Para abordar el futuro en la atención social a las personas mayores presentamos las líneas más relevantes de estos discursos relacionadas con las siguientes cuestiones a) escenario percibido, b) políticas sociales dirigidas a personas mayores: estrategias de envejecimiento, c) percepción sobre las personas mayores: cambios y necesidades y d) retos para el TS.

9.1. ESCENARIO PERCIBIDO

En este escenario personas expertas de La Rioja y Navarra destacan la gran variedad de recursos, servicios y prestaciones dirigidos a las personas mayores. En una dimensión comunitaria, en La Rioja, se diferencian aquellos centros integrados en la red pública, y en concreto los centros de participación activa, como espacios comunitarios dirigidos a la promoción de la autonomía y a la prevención de la dependencia, de aquellos clubs o asociaciones que no pertenecen al gobierno de La Rioja, cuyas actividades se financian a través de subvenciones. En Navarra no existe tal red y los programas de promoción a la autonomía se apoyan en las entidades locales y en las asociaciones de personas mayores bajo fórmulas de concierto y subvenciones.

Dichos centros desarrollan programas y servicios orientados a la población mayor en general. Sin embargo, las personas expertas consultadas aluden a la percepción social de que el grueso de los servicios se orienta a aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia.

“La gente asocia las políticas públicas relacionadas con la población mayor a servicios que tienen que ver con la dependencia y quizás, la opinión pública no visibiliza el resto” (Experto 5).

Cuando preguntamos a las personas mayores sobre los recursos y servicios dirigidos a este grupo de población, estas consideran que los recursos existentes se orientan tanto a la participación activa, como a la atención de situaciones de dependencia. A modo de ejemplo, se muestran discursos relacionados tanto con servicios de promoción como de atención a las personas mayores en situación de dependencia, tal y como reflejan las palabras de las siguientes personas mayores:

“Hay unos cursos, que dan charlas de envejecer de Fundación La Caixa, y algún curso que prepara la trabajadora social y, en la UDP también organizamos actividades” (PM1).

“Si yo creo que sí, conozco a gente que tiene chicas que lo llevan a un sitio y a otro y, les limpian del ayuntamiento (...) Otros van al centro de día, los traen a las 7:00 de la tarde, yo creo que los que no se pueden valer está bien. No sé si habrá alguno que igual no le llega, yo lo que conozco creo que sí” (PM3).

Los y las expertas tanto de la comunidad foral como de La Rioja entienden que los servicios y programas dirigidos a personas mayores han de incorporar enfoques de atención centrada en la persona.

9.2. POLÍTICAS SOCIALES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES: ESTRATEGIAS DE ENVEJECIMIENTO

Una segunda cuestión que abordamos en las entrevistas se relaciona con las Políticas Sociales orientadas a personas mayores. En esta línea, las personas expertas reclaman un escenario en el que, las PPSS dirigidas a personas mayores sean coherentes y proporcionales al menos a su peso demográfico. Reivindican el desarrollo de estrategias que fomenten la participación y toma de decisiones de las mismas a lo largo de todo el proceso de envejecimiento. En concreto, expertas de Navarra ponen en valor la estrategia de EA como primera herramienta de planificación, fundamentalmente aquellas que trabajan en la comunidad foral. Destacan la relevancia de la transversalidad de un enfoque de envejecimiento que aportan las planificaciones del tipo estrategias o planes integrales, al reconocer el carácter multidimensional del envejecimiento. En este sentido apuntamos que las ocho estrategias autonómicas de EA recogen medidas integradas en las siguientes líneas: empleo; participación; promoción de vida saludable y entornos; igualdad

de oportunidades y prevención de malos tratos y abusos. El abordaje desde las diferentes dimensiones favorece un abordaje integral y multidimensional del fenómeno del envejecimiento. Una de las expertas aborda el grado de consolidación de las diferentes líneas y así entiende que los ejes relacionados con cuidados, educación y formación, viviendas seguras y promoción de estilos de vida saludable, tienen un grado de desarrollo adecuado. Sin embargo, aquellas vinculadas con la imagen social positiva, prevenir el edadismo y la autonomía personal precisan de mayor grado de implementación y desarrollo.

“En el caso del envejecimiento activo pienso que, si las políticas no cambian y no se invierte dinero, aquí no hay dinero suficiente para trabajar con todo el colectivo de personas mayores, es imposible”(Experto 3).

Otras expertas de esta CA apuntan el factor positivo de contar con dicho documento, ya que la existencia de una estrategia de EA constituye un primer paso de planificación. Sin embargo, consideran que es preciso avanzar y dotar de recursos las diferentes líneas establecidas en dichos documentos marco. Proponen a sí mismo, la incorporación en las carteras de servicios de los programas de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia, como mecanismos de consolidación de políticas. Reconocen que la existencia por sí misma no garantiza el desarrollo de políticas sociales de envejecimiento eficaces, sino que es preciso dotarlas de contenido, de presupuesto y que exista liderazgo para su desarrollo. Por su parte, las personas expertas consultadas en La Rioja coinciden en la importancia de la existencia de un documento marco de planificación que guíe y oriente las intervenciones en este ámbito.

“Yo creo que si es necesario si es necesario, por lo menos tener unas pautas porque sería la línea directriz sobre la que puedes ir tú, esa línea que te obliga un poco. Por qué no hay plan cada uno puede hacer un poco lo que le parece, al final tenemos que trabajar todos en esto, que es un trabajo en equipo, en una línea que nos indique un poco hacia dónde ir yo creo que es mejor, es importante tener esa referencia”(Experto 6).

Expertos y expertas tanto de La Rioja como de Navarra destacan que, en la actualidad, existe un gran desarrollo en políticas de atención a la dependencia, fundamentalmente, de aquellas vinculadas con el ámbito residencial, siendo preciso desarrollar otras líneas de actuación como la promoción de la autonomía personal, la prevención de la dependencia y la atención a la soledad no deseada entre otras. Plantean también la importancia que las políticas se hagan eco de la diversidad y den respuesta a la heterogeneidad de este grupo de población.

En la línea que indica la OMS (2002), las estrategias de EA incorporan como principios la multidimensionalidad, heterogeneidad e inclusión. Cuando se aborda con las personas mayores

que entienden por EA lo relacionan principalmente con participación, actividad y autonomía personal.

“Me suena a talleres o cursos, [silencio] yo no he ido a ninguno, pero es que me gustaría ir algún día, es que me falta tiempo” (PM1).

“O sea vivir como yo, que estoy haciendo todas mis cosas con 82 años, a eso sí que me suena” (PM3).

Aunque también se observa la dificultad para definir este término:

“Pero no se, no sabría determinar qué es el envejecimiento activo” (PM2)

Por otra parte, los informantes clave destacan que las estrategias de envejecimiento activo han de abordarse desde la globalidad y por ello, han de desarrollarse otras políticas que contemplen la realidad demográfica del territorio. En esta línea, una persona experta de La Rioja señala la importancia de las políticas que tienen como finalidad combatir la despoblación del medio rural.

En sus palabras:

Las uniría con una política local destinada a prevenir la despoblación, o traemos gente a los pueblos de la manera que sea, que completen una política global, que la intervención del trabajo social sea una parte de ese programa completo que el alcalde traiga gente a los pueblos, turismo rural, alimentos ecológicos, inventarse algo ya porque esto se nos va. No queda gente en los pueblos (Experto 7).

Sin embargo, a pesar de valorar el escaso desarrollo de políticas públicas, aluden a la responsabilidad individual y profesional para un adecuado desempeño:

Es una parte de responsabilidad de cada uno, no solo de las políticas públicas, como profesionales también tenemos responsabilidad (Experto 7).

Una vez identificadas las tendencias de futuro relativas a las políticas sociales abordamos, en el siguiente epígrafe, la percepción de las necesidades y problemas de este grupo etario.

9.3. PERCEPCIÓN SOBRE LAS PERSONAS MAYORES: CAMBIOS Y NECESIDADES

Otra cuestión se relaciona con la situación de las personas mayores y de forma particular con la percepción de sus necesidades y/o dificultades. Los discursos de las personas expertas apuntan a la heterogeneidad de este colectivo como un factor relevante que condiciona la atención de los mismos. Identifican diferentes tipos de personas mayores: los mayores jóvenes, las personas mayores en situación de dependencia, las personas cuidadoras de estas, y aquellas que se

encuentran en una situación de vulnerabilidad o exclusión social. La mayoría de las estrategias recogen entre sus principios la equidad social, la diversidad y la individualización como elementos inspiradores de las mismas. En esta línea, las expertas de Navarra apuntan a la importancia de incorporar a aquellas personas mayores que no participan y a las que están en situación o riesgo de exclusión social.

“También creo que tenemos que estar muy atentos a las personas que no participan, tenemos que pensar en que estas personas también envejecen. Antes la gente por alcoholismo o por drogas moría joven, ahora todas las personas en situación de exclusión llegan a mayores con unas necesidades y con unas demandas muy diferentes y con esas personas tenemos que estar muy atentas” (Experto 1).

En suma, se hace preciso incorporar las necesidades de todas las personas de edad. Las personas expertas de ambas comunidades se hacen eco del cambio de perfil de las personas mayores y proyectan que la persona mayor de dentro de 15- 20 años va a ser muy diferente a la actual. Identifican futuras personas mayores reivindicativas, luchadoras, conocedoras de sus derechos; en contraposición a generaciones de personas mayores con un cariz pasivo y menos crítico. Desde este escenario futuro, identifican a los individuos como agentes que van a luchar de manera activa para que se atiendan sus necesidades y poder tener calidad de vida. Intuyen cambios profundos en este colectivo:

“Vamos a ser mucha gente y vamos a ser un colectivo muy importante y los votos nos dan poder. Vamos a ser ruidosos y ruidosas no como nuestros padres y nuestras madres, que bastante tuvieron que sacarnos adelante, conocemos los derechos del colectivo de personas mayores y hay muchas personas reivindicativas que dicen las cosas” (Experto 3).

En cuanto a los problemas identificados destacan, en primer lugar, el edadismo social. Esto es compartido por todas las personas expertas. Apuntan la existencia de discriminación por razón de edad y, en la misma línea, esta cuestión es incorporada en todas las estrategias de EA a través de medidas relacionadas con la igualdad, la no discriminación, incorporando enfoques de derechos y de buen trato. Así, los discursos contemplan esta cuestión mediante la promoción del paradigma positivo del envejecimiento.

Los y las expertas coinciden al señalar la pérdida de función social como una de las causas de dicha discriminación. Entienden, que la sociedad en general, asocia de manera prioritaria a la vejez con pérdidas, con coste económico y, no percibe, en muchas ocasiones, las aportaciones sociales y productivas de este colectivo a la sociedad en general. Dicha pérdida de valor social refuerza la discriminación:

“Somos una sociedad que el peso del trabajo y de la actividad económica reglada tiene un valor excesivo y decisivo en la ubicación, en el reconocimiento social; frente a otro tipo de sociedades en las que lo importante era la función social, el papel que tú desempeñas en cada grupo, fuera o no fuera retribuido. Evidentemente es un problema que las personas cuando están cerca de la edad de jubilación, (...) las personas al jubilarse pierden el sentido de función social no solamente porque así se les trata porque como todos los estigmas es interiorizado, porque así se sienten ellos. Yo creo que habría que darles potencial (...). Con las personas mayores aquello que hacen no tiene valor social, aunque si tiene función social como el cuidado de nietos, o tareas de voluntariados, el problema no está en los mayores se está insistiendo mucho en proponer a los abuelos que haga cosas, ya hacen, hacen lo que les da la gana hacer, hay que crear espacios donde lo que quieran hacer sea posible”(Experto 4).

En esta línea, proponen reconocer y valorar las aportaciones de este colectivo; a través de diferentes medidas como pueden ser la promoción de voluntariado y el desarrollo de proyectos intergeneracionales. Todo ello contribuiría a la inclusión social, a mejorar de la imagen de las personas mayores y a luchar contra el edadismo social. Así, lo apuntan las personas mayores entrevistadas, quienes perciben discriminación por el hecho de ser mayores principalmente por parte de la población joven:

“Sí, hay algo de discriminación, por parte de la gente joven (...) pasan de nosotros, pasan de nosotros” (PM1).

“Hay gente que respeta, pero hay mucha gente que no respeta nada a los viejos (...), yo pienso que los jóvenes nos han perdido el respeto, es mi opinión personal” (PM3).

La soledad es otro problema social apuntado por las personas expertas de Navarra y de La Rioja. Desde este enfoque, incorporan programas que abordan el aislamiento social y promueven la inclusión social de este grupo de edad. Todas las estrategias de EA comparten medidas dirigidas a mejorar la inclusión social de las personas mayores, es decir, observamos un consenso en la necesidad de atender el aislamiento social y la soledad no deseada. En esta línea, expertas de la Comunidad Foral de Navarra manifiestan la importancia de abordar la soledad y lo vinculan con el papel del TS como agente de detección.

“Yo como he sido trabajadora social de base, creo que tenemos un papel muy importante, en base se detectan muchos problemas de soledad, personas mayores solas. El barrio en el que estaba que era Casco Viejo, teníamos una incidencia de personas mayores solas, para mí uno de los temas que se tienen que trabajar además de la sensibilización, de la formación en las nuevas tecnologías a las personas mayores, es el tema de integración en la comunidad, porque las personas tienden a la soledad” (Experto1).

De forma particular, el experto de La Rioja relaciona la soledad con diversas variables como son la pérdida del rol familiar, la brecha digital y la pertenencia a un ámbito rural. En sus palabras argumenta.

“Existe una pérdida del valor del rol social de la persona mayor, por lo tanto, no se ve como algo deseable en el conjunto de la sociedad establecer relaciones sociales con las personas mayores” (Experto5).

Una persona mayor confirma el problema social de la soledad desde la responsabilidad individual.

“Hay personas mayores que están encerradas en sí misma, no se abren a los demás (...), las personas les cuesta mucho abrirse, y eso que estamos en una tierra que la gente es muy abierta” (PM1).

Destacan los y las expertas que existen programas innovadores con esta finalidad, desarrollados a través de entidades locales, centros de participación activa y asociaciones de personas mayores.

Una de las personas mayores entrevistada traslada la dificultad de que las personas mayores participen en centros, ya que valoran estos espacios para “viejos”.

“La gente que se jubila ahora con 55,60 años no viene porque dicen que somos viejos y no somos viejos en realidad, somos gente mayor, gente mayor, yo me siento mayor joven me digo mayor joven” (PM1).

Por otra parte, la falta de accesibilidad urbanística es identificada por las personas expertas como uno de los problemas más significativos que tiene la población mayor para poder envejecer en el lugar donde han vivido.

“Un barrio que estaba envejeciendo no solo el continente, las personas; sino el contenido, el barrio tenía muchas barreras arquitectónicas (...). El principal problema era la poca amabilidad de este barrio, los abuelos se tuvieron que ir”(Experto 4).

Este problema se refleja en casi todas las estrategias de EA, ya que todas salvo la valenciana y la castellanomanchega incorporan medidas que promueven entornos accesibles y seguros. En esta línea, las personas expertas proponen mejorar la accesibilidad de las viviendas y de los entornos con la finalidad de que las personas puedan continuar residiendo en sus barrios, en sus pueblos:

“Introduciría cambios urbanos. Primero diseñar ciudades, este barrio está en cuestión, el tema de diseño de espacios de encuentro urbanos me parece fundamental, con estas cuevas y escaleras tenemos personas mayores que se van del barrio en cuanto pueden. Esto ¿qué significa?, que se va generando un barrio que se desocupa, se vacía de personas mayores y se ocupa de población inmigrada” (Experto 4).

“Vamos a necesitar hacer unas viviendas totalmente accesibles, porque queremos apostar porque las personas viven en su casa, con lo cual las viviendas tienen que ser accesibles la vivienda, su entorno, los barrios y las ciudades, mucho más accesibles” (Experto 1).

En la línea de envejecer en su entorno, los y las expertas identifican como problema la crisis de cuidados. Son varias las líneas de las estrategias que responden a esta cuestión: los alojamientos y servicios adaptados, la prevención de la dependencia, la autonomía en los cuidados de larga duración y, por último, el apoyo a cuidadores no profesionales, tienen como finalidad que la persona mayor pueda envejecer en su entorno con calidad de vida. En esta línea, una experta expone la situación actual en relación con los cuidados comparándola con una situación anterior en la que las personas mayores eran atendidas por la familia extensa y la situación actual en las que los cuidados se han convertido en problemas individuales:

“Nadie hablaba de la crisis de cuidado, estos se prestaban por la familia extensa, la familia extensa se ha vulcanizado, en el espacio afectivo y efectivo seguía siendo próxima, qué pasaba con los abuelos cuando yo empecé a trabajar los abuelos maleta, ahora no están. Los abuelos maleta implicaba una red de cuidado (...), que fue ineficaz y problemática pero que existía. Pero, ¿cuál es la de ahora? ¿la crisis de cuidado? El cuidado ha pasado de ser una situación colectiva a convertirse una situación privada casi unipersonal” (Experto 4).

Las personas expertas plantean líneas de actuación. En primer lugar, aluden a la necesidad de reforzar y flexibilizar los servicios domiciliarios incorporando programas de terapia ocupacional, fisioterapia entre otros.

“Tendríamos que trabajar por cumplir el deseo de las personas. vivir y morir en su casa. Tendríamos que reforzar los apoyos domiciliarios, reforzar los sistemas alternativos, me refiero a la telealarma, la teleasistencia avanzada, la promoción de la autonomía, la fisioterapia, el desarrollo comunitario, pero en el domicilio, en el entorno comunitario, ese sería mi sueño. Que los centros de día estén, no vinculados a residencias, sino en la comunidad, porque creo que es el deseo y, hacia donde tenemos que ir. Si preguntas a cualquier persona mayor, ninguna te va a decir que quiere morir en una residencia, yo creo que el Trabajo Social está en desarrollo de los servicios a domicilio de la creación de red comunitaria, que, en un papel muy importante, por su trayectoria y por su conocimiento” (Experto 1).

“Tiene que haber un amplio dispositivo de medios para que cada uno sea capaz de decir dónde quieres el cuidado, donde se siente mejor, en función de lo que necesita y que se ajuste a su situación, sería ideal” (Experto 6).

En segundo lugar, ponen en valor la importancia de la comunidad, la necesidad de trabajar en red y generar espacios de encuentro comunitarios que permitan y faciliten el mantenimiento de las personas en su entorno y doten de los recursos adecuados y adaptados a las necesidades que surgen en cada momento del proceso de envejecimiento:

“Hay que resetear totalmente el modelo de cuidados, totalmente. Hay que darse un revolcón, no vueltas; un revolcón, al servicio de atención a domicilio. Creo que es un servicio que tienen las mismas cualidades que hace 30 años, no se ha modificado en nada”

y, creo que hay que darle una vuelta porque es el factor clave de cuidados, si queremos evitar las residencias tenemos que tener servicio de atención mucho más potentes y mucho más accesibles económicamente por lo menos aquí en Pamplona. El modelo de cuidados hay que revisarlo totalmente el modelo más institucionalizado hay que convertirlo en modelo socio sanitario” (Experto 4).

“Con la premisa de trabajar con calidad y calidez con las personas mayores (...)Me gusta trabajar el tema preventivo y comunitario, es importantísimo en todas las áreas, pero en personas mayores creo que es el presente y el futuro”(Experto 3).

En palabras de una persona mayor que describe la importancia de trabajar de manera comunitaria.

“Tendría que entrar toda la gente una sociedad sana, la juventud y todos unidos, pero es muy difícil. Yo hablo de un ideal, que todos seamos una comunidad unida. Tiene que haber un líder, un líder que no se vaya hacia otra parte y que nos arrope a todos, unidos en una comunidad” (PM1).

En cuarto lugar, plantean modelos que incorporen un componente ético y que sitúen a la persona en el centro de la toma de decisiones, opciones como la Atención Centrada en la Persona, los enfoques de Derechos Humanos, son perfectamente compatibles con esta metodología:

“Vamos a priorizar los cuidados, la persona como centro. Hemos descuidado mucho este tema. Se toman decisiones unilateralmente por el bien de la persona, pero sin contar con la persona, eso no está bien, son personas con capacidad de decisión, que pueden decidir, que tienen que decidir”(Experto 3).

“Si invertimos en prevención e invertimos en promoción, vamos a invertir menos en hospitales; donde tendríamos que invertir es donde la gente quiere estar, y los recursos residenciales que tengamos trabajarlos como si fuera una casa, acercarlos más a unidades de convivencia, que es donde estamos intentando trabajar” (Experto 1).

Los malos tratos y abusos a las personas mayores son identificados como un problema social que requieren de un abordaje integral. Esta cuestión es abordada tanto en la estrategia nacional como en las autonómicas. Principalmente, con un enfoque preventivo de sensibilización y toma de conciencia. En muchos casos, este proviene de las personas cuidadoras debido a la situación de sobrecarga a la que se encuentran sometidas. Así, en palabras de una experta de Navarra.

“El tema del maltrato es superimportante, ahí tendríamos que trabajar codo con codo salud, entidades locales, nosotros, la atención domiciliaria,... Debiera haber unos protocolos de seguimiento continuo, ya que en algún momento se nos puede estar escapando algún maltrato. En algunos casos hay maltrato físico y, en otros, porque el cuidador o cuidadora está muy cansada y ya no percibe tanto que esas contestaciones no son las adecuadas y requiere un descanso, requiere que esa persona sea escuchada, que sea entendida en esa carga que tiene, que lo está haciendo con todo su amor y al final la respuesta no está siendo tan buena a pesar de sus buenas intenciones, por el cansancio que tiene” (Experto 2).

Por ello, se hacen necesarias, tal y como hemos presentado anteriormente, las políticas que fomenten una imagen social positiva de las personas mayores y promuevan unos sistemas de cuidados que favorezcan espacios de apoyo y respiro para las personas cuidadoras.

Otras necesidades identificadas con menor peso por las expertas de la comunidad foral son la brecha digital y la fragmentación de las necesidades. En el primer caso, entienden que esta brecha dificulta la relación con la administración. En concreto, de las asociaciones y plantean acciones intergeneracionales y tecnológicas para reducirla. Por otra parte, una persona experta apunta a la fragmentación de las necesidades como un peligro en la atención a las personas mayores. Defiende la coordinación interinstitucional que permita un abordaje integral de la persona mayor:

“Cada vez nos sumimos más con los sistemas, pertenecemos a sistemas que se dan la espalda el sanitario y el social, es clarísimo y, trabajamos sobre necesidades que son previamente fragmentadas y no sobre las personas globales. Cuesta muchísimo integrar los sistemas de trabajo en el sistema social y en el sistema más participativo. Esto sería de libro juntarnos y ver qué necesidades tienen” (Experto 4).

En esta línea, todas las estrategias de EA reflejan en sus textos la necesidad de intervenir con las personas mayores de forma coordinada, especialmente promoviendo espacios socio sanitarios eficaces.

Consideramos necesario señalar que estos discursos que identifican las necesidades, están en línea con aquellas cuestiones planteadas por las personas expertas de La Rioja, quienes también reconocen como problemas principales la crisis de cuidados, la atención a la soledad, el edadismo, la dificultad para tomar decisiones por parte de las personas mayores y la despoblación. Una vez vistas las necesidades percibidas en este colectivo presentamos los retos que presenta para el TS la atención a las personas mayores.

9.4. RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL

Para la promoción del EA las personas expertas destacan varios desafíos, en primer lugar, promover el papel del TS como referente para este colectivo:

“Los profesionales de TS tenemos que estar, porque si no estamos no somos referentes” (Experto 3).

Los discursos de las personas mayores con relación a este profesional reflejarían, por una parte, el desconocimiento de las funciones profesionales y, por otra, que aquellos que no han tenido una relación profesional con la misma, presentan mayor dificultad para definir esta disciplina.

“Me suena atender a la gente, no se ayudar a la gente la verdad es que no conozco bien. Eso es lo principal ¿no? A mí no me ha tocado todavía tener que ir, pero quién sabe...” (PM3).

“Es un trabajo no te voy a decir parecido a los psicólogos (...). Yo creo que es un trato así parecido, pero más batallador. Más batallador porque se tiene que preocupar más de la gente y no como el psicólogo que parece que tiene todo hecho, toda la carrera hecha y te va a la gente a él; la asistente social es un trabajo impresionante” (PM2).

Las personas expertas apuntan la relevancia de las funciones desempeñadas y la importancia de que existan profesionales suficientes en los diferentes sistemas de protección.

“Es muy importante el papel que tiene que jugar el TS en los departamentos de salud, en los departamentos de atención primaria, en bienestar social, ... me parece básico” (Experto 2).

“Estoy haciendo la carta de los Reyes Magos y reforzaría los equipos en atención primaria de salud y servicio social de base, para trabajar el otro tema [refiriéndose a lo preventivo y promocional] y no llegar solo a lo asistencial, porque lo asistencial, ... habría que hacer un análisis de las horas de los profesionales que se dedican a la promoción de la prevención y reforzar eso, yo entiendo que tenemos que seguir con lo asistencial, eso también se tiene que cubrir” (Experto 1).

En la misma línea los expertos de La Rioja coinciden en el reconocimiento del papel del TS como primer contacto, así como la relevancia de dicho perfil profesional.

En segundo lugar, destacan el reto que supone el envejecimiento de la población para este colectivo profesional, insisten en la idea de innovación y adaptación a las necesidades emergentes. En este sentido:

“Creo que nuestro gran reto es asumir un área nueva de trabajo y convertirlo en una oportunidad de trabajar de otra manera, de ampliar campos no restringir, seguir siendo el referente” (Experto 3).

En tercer lugar, son varias las cuestiones relacionadas con las funciones profesionales que surgen en las entrevistas. Destacan la importancia de promover acciones preventivas y de promoción personal y, lo vincula directamente con la suficiencia de profesionales

“Para trabajar todo el tema de prevención y promoción, si queremos fomentar la autonomía y el desarrollo comunitario necesitamos aumentar las dotaciones de trabajadores sociales” (Experto 1).

La detección de necesidades es una de las cuestiones que aparece con mayor frecuencia. Apuntan al profesional de TS como un técnico con capacidad de detección, valoración, asignación de los recursos oportunos y transmisor de necesidades a la administración.

“Me parece que el papel del TS es básico, básico, porque justamente vais a ser los que vais a detectar, elaborar y pedirnos a nosotros” (Experto 2).

La investigación acción participativa posibilita un análisis de la situación y una posterior intervención en la realidad social, por ello:

“Tenemos que conseguir mejorar esta situación, lo que hacemos es investigación acción para poder cambiar algo. Vamos a hacer una experiencia piloto y podemos cambiar, tenemos mucha tarea y bonita por delante” (Experto 3).

Las personas expertas reflexionan también, sobre aspectos de mejora vinculados a las funciones profesionales. En este sentido señalan la importancia de que estos profesionales se acerquen a la realidad social con la que trabajan, en esta línea:

“Desde el Trabajo Social se pueden hacer unas cosas súper chulas, no encasillarnos, creo que tenemos que abrir, a veces me encuentro con una filosofía del trabajo social con profesionales que se centran en el despacho y en el caso; yo me siento muy profesional cuando estoy en un grupo de personas mayores trabajando en una reunión” (Experto 3).

“Yo sin ser TS veo una base importantísima, quizá y voy a hacer una crítica a la gente que trabaja de TS, (...) que os quedáis mucho, y nosotros también los psicólogos, nos quedamos en los despachos y sería importante salir más al campo, a ver la realidad con nuestros ojos, a ver los domicilios, a ver las situaciones” (Experto 2).

En esta misma línea, una persona experta de La Rioja señala el desafío de adoptar roles tales como agente de cambio, investigador, planificador y trasladar las cuestiones detectadas a los responsables políticos. En sus palabras:

“Nosotros como profesionales entendemos, que es nuestro papel es transmitir a los políticos las necesidades de los ciudadanos, porque somos los agentes, somos los agentes, los que estamos ahí. Si nosotros lo entendemos, lo comprendemos y tenemos en nuestra cabeza una planificación para poder trasladar al resto, debemos reivindicar ese papel nuestro, creémoslo, formarnos, asumirlo, liderar ese cambio, tenemos que liderar ese cambio en las estructuras políticas, ciudadanos y en los pueblos” (Experto 7).

En último lugar, las personas expertas ponen en valor el trabajo en red y el enfoque comunitario:

“Tendríamos que trabajar toda la red de apoyo comunitario, que es importantísima y de prevención” (Experto 1).

En esta línea las expertas de La Rioja también defienden este enfoque comunitario y ponen en valor el papel del TS como experto en la dimensión comunitaria:

“Yo creo que estamos recuperando la dimensión comunitaria, en la profesión, ya no forma solo parte del discurso de la profesión, sino que también forma parte del discurso de los responsables políticos, yo creo que las trabajadoras sociales de lo comunitario tienen un reto de fomentar la relaciones sociales entre las personas mayores y otros colectivos, de promover, que lo están haciendo, a través de iniciativas de la propia administración, servicios o espacios para promover envejecimiento activo” (Experto 5).

Tomando en consideración la bibliografía especializada que vincula TS y EA, el análisis de los planes y estrategias de envejecimiento, así como los discursos tanto de las profesionales, como de

las personas expertas y, de las personas mayores, presentamos en el siguiente apartado las conclusiones finales del presente trabajo de investigación.

BLOQUE IV:

CONCLUSIONES FINALES

CAPÍTULO 10.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS

La tesis ha dado respuesta a los objetivos planteados en la investigación, en la que se ha analizado la relación entre EA y TS. En el presente capítulo abordamos en primer lugar, la consecución de los objetivos de la investigación y posteriormente desarrollaremos las conclusiones, limitaciones y propuestas de intervención.

En el primer capítulo se ha realizado un acercamiento a la situación sociodemográfica de las personas mayores a nivel internacional, europeo, nacional y en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Asimismo, se han señalado las tendencias de futuro respecto al envejecimiento de la población.

En el segundo capítulo se ha abordado el primer objetivo específico, consistente en *identificar los instrumentos internacionales y europeos de promoción del envejecimiento y atención a las personas mayores*. En el mismo se destaca que desde mediados del siglo XX con la Declaración Universal de Derechos Humanos se han ido desarrollando diferentes hitos hasta la aprobación en 2020 del Decenio de Envejecimiento Saludable para el periodo 2020 -2030 por parte de la OMS. A nivel europeo, en 1997 se identifica el Tratado de Ámsterdam en el que se plantea por primera vez la lucha contra la discriminación por razón de edad. En este contexto, también cabe destacar la creación del Índice de Envejecimiento Activo, como herramienta de evaluación del potencial de las personas para envejecer de forma activa y saludable en el contexto social en el que viven. Asimismo, es reseñable el Pilar Europeo de derechos sociales en veinte principios entre los que se reconoce la igualdad de oportunidades y de trato con independencia de la edad.

El segundo objetivo específico en el que se *plantea estudiar los fundamentos conceptuales y teóricos en torno al EA y al TS* como disciplina científica y práctica profesional, se ha desarrollado a través de los capítulos tercero y cuarto. En el capítulo tres se han estudiado las teorías psicosociales del envejecimiento, la evolución del concepto, los enfoques políticos y científicos, los principios inspiradores y las principales herramientas de evaluación del EA. En el capítulo cuarto se han analizado los aspectos sustanciales respecto al TS, destacando su objeto,

definiciones, funciones, principios y niveles. Asimismo, se ha aludido al TS gerontológico como especialidad en la intervención con personas mayores.

Los siguientes objetivos específicos se han abordado de manera transversal en la parte empírica de la investigación. Así, el capítulo sexto responde al *objetivo de analizar la relación teórico-práctica entre EA y TS*. Este objetivo se ha analizado a través de la revisión bibliográfica de publicaciones específicas de TS sobre EA. Se constata que existe una vinculación entre los principios, objetivos, funciones, niveles de intervención entre ambos conceptos. También se ha podido encontrar convergencia entre las estrategias metodológicas de promoción del EA y los métodos y técnicas de intervención del TS.

En el capítulo séptimo se desarrolla el objetivo consistente en *analizar la orientación de las políticas desarrolladas en España en los últimos veinte años sobre EA*. Se han estudiado las estrategias y planes de envejecimiento a nivel nacional y autonómico desde la aprobación del Plan Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento (OMS, 2002) hasta la actualidad. Se observa que ocho comunidades autónomas cuentan con un instrumento planificación específico de EA. El contenido de las líneas y ejes de acción tienen un carácter multidimensional. La mayor parte de los instrumentos analizados recogen los principios de la ONU para las personas de edad. Las principales líneas estratégicas contenidas en los citados planes están relacionadas con empleo, participación, promoción de vida saludable, entorno, igualdad de oportunidades y prevención de malos tratos. Estas líneas se desarrollan a través de diferentes medidas, que dialogan con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

El capítulo octavo se ocupa del objetivo relativo a *conocer la percepción de los y las trabajadoras sociales respecto a la promoción del EA desarrollada a través de su práctica profesional*. Para ello, se han realizado entrevistas semiestructuradas a profesionales de Trabajo Social de ámbito comunitario que intervienen con personas mayores. Se ha analizado la relación entre el escenario percibido y el escenario ideal respecto a su práctica profesional. También la percepción de las necesidades de las personas mayores con las que trabajan, así como el concepto de EA y sus ámbitos de intervención, y finalmente, la percepción de las debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades y retos. En líneas generales, las personas entrevistadas destacan en su práctica profesional los objetivos promocionales frente a los de carácter preventivo y con peso importante los objetivos asistenciales. Desde el punto de vista de los niveles de intervención identifican en sus discursos que desarrollan los tres niveles de Trabajo Social, individual, grupal y comunitario.

Aunque reconocen la importancia de desarrollar más acciones a nivel grupal y comunitario. Respecto a las necesidades de las personas mayores aluden a la falta de relaciones sociales satisfactorias y a la falta de políticas sociales orientadas a este sector de población. También se ha detectado la dificultad para definir el concepto de EA de forma operativa por parte de las profesionales, destacando la dimensión de la participación frente a seguridad y salud.

Finalizamos la tesis doctoral presentando las conclusiones derivadas del trabajo. En primer lugar, las relacionadas con el marco conceptual de EA y de TS. En segundo lugar, exponemos las que surgen del contraste de hipótesis; y, en tercer lugar, aquellas conclusiones de carácter global que posibilitan mirar al futuro. Seguidamente, aludimos a las limitaciones de esta investigación y finalizamos con la presentación de un conjunto de propuestas para la mejora de las políticas y programas de envejecimiento.

10.1. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

✓ *El envejecimiento demográfico, fenómeno imparable y reto socio político*

El envejecimiento constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes de la actualidad. Situación imparable debido al aumento de la esperanza de vida y a la baja tasa de natalidad. Dicha cuestión se refleja en los diferentes contextos analizados en esta tesis doctoral, a nivel internacional, europeo, nacional y local. En concreto, en España la población mayor de 65 años supone un 19,6% del total de la población (INE, 2020); y, por otra parte, la población mayor de 80 años supone un 6%. Atendiendo a las proyecciones se está produciendo un fenómeno denominado envejecimiento del envejecimiento, en el que se observa una tendencia creciente, y según las proyecciones del INE en el 2050, dicho porcentaje de duplicará alcanzando un 11,6%. Vista la situación demográfica los poderes públicos de diferentes ámbitos manifiestan su preocupación por el envejecimiento poblacional, por ello han diseñado una gran variedad de herramientas e instrumentos para tratar de garantizar los derechos humanos de las personas de edad, como son los principios de Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991), el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (2002) y la Declaración de Viena sobre los DDHH de las personas de edad (2018). Sin embargo, la mayoría de ellos tienen un carácter no vinculante, siendo meras recomendaciones realizadas a los agentes políticos y los países tienen la

discrecionalidad para valorar su aplicación. Dichos textos se hacen eco del paradigma de EA que sitúa a las personas mayores en el centro de las políticas que resultan de interés, siendo necesario que los mismos vayan acompañados de medidas que posibiliten y garanticen dicha participación e inclusión social efectiva.

Como hemos visto los diferentes instrumentos internacionales han tratado de garantizar y proteger los derechos de las personas mayores. En algún caso con carácter normativo, en otros, mediante procedimientos especiales. Sin embargo, diferentes instituciones como el Foro Mundial de Organizaciones no Gubernamentales (2002), reclaman una Convención Internacional de los Derechos de las Personas Mayores; justifican esta, atendiendo a la vulneración de derechos humanos de este grupo de edad. Demandan mecanismos vinculantes que posibiliten que las personas mayores sean personas ciudadanas de pleno derecho y se garanticen todos los derechos de las personas de edad. Asimismo, la revisión bibliográfica sugiere abordar la dispersión normativa existente y apoyan, por una parte, la creación a nivel internacional de una Convención Internacional de DDHH de personas mayores, y, por otra parte, a nivel nacional una ley que recoja los derechos de las personas de mayores y los procedimientos para garantizarlos.

✓ *Multidimensionalidad, heterogeneidad, responsabilidad y participación: elementos del Envejecimiento Activo*

Atendiendo a las indicaciones de la OMS y al análisis de la bibliografía, las políticas de EA han de orientarse a toda la población en general, y en particular, al grupo etario al completo, con independencia de su estado físico, cognitivo o social. En base a lo cual, las estrategias de EA acogen y reconocen la heterogeneidad de las personas mayores en relación con su capacidad, e integran a personas vulnerables, frágiles, con discapacidad y también, a las que son muy mayores. Con frecuencia, los textos que abordan prácticas de EA asocian este a personas que se encuentran bien cognitivamente e incluso, que son funcionalmente activas, vinculado, en muchos casos, al fomento de la participación en actividades a través del voluntariado, de acciones intergeneracionales y de aprendizaje a lo largo de la vida. Este enfoque generaría una tipología de persona mayor que incluiría a los “mayores-jóvenes” que tratan de cumplir los estándares de éxito en los ámbitos de salud, empleo y actividad; y, por otra parte, a los “mayores-mayores” con una mayor frecuencia de enfermedades o de discapacidad.

Del análisis de la bibliografía cabe destacar que el concepto de EA alude al carácter inclusivo del mismo al considerar como destinataria a toda la población, de manera particular a toda la población mayor y, es decir, personas mayores con discapacidad, en situación de exclusión social, con bajos recursos económicos, aisladas socialmente y, a las que residen en unos contextos rurales y/o en centros residenciales. Se trata de intervenir con enfoques universales y responder a las necesidades específicas concretas que requieren intervenciones adaptadas desde la perspectiva del TS.

Por otra parte, las acciones de EA contemplan tanto la responsabilidad individual como la política. Sin embargo, en ocasiones, tanto la revisión bibliográfica como las entrevistas realizadas en esta investigación doctoral, destacan el mayor peso específico asignado a la responsabilidad individual con relación al envejecimiento exitoso de cada individuo. Con ello se está considerando a cada persona como culpable o responsable de su proceso. Esto genera una doble categoría de ciudadanos responsables y ciudadanos no responsables. Es decir, en ocasiones se obvian las cuestiones estructurales vinculadas al envejecimiento y la responsabilidad de los poderes políticos en el diseño e implementación de medidas que prevengan la dependencia y promuevan un envejecimiento óptimo. Por tanto, se pueden considerar las dimensiones políticas e individuales en las estrategias de EA que permitan avanzar en la percepción del envejecimiento como un periodo de oportunidad social.

El enfoque de EA (OMS, 2002) aborda esta etapa con un enfoque positivo, en el que cada sujeto es considerado de manera integral y multidimensional; reconocido como un ser con unos objetivos vitales propios, diferenciados del resto de individuos. Dicho planteamiento promueve la autonomía e independencia de la persona en el máximo de las actividades de la vida, con la finalidad de que pueda ir tomando sus propias decisiones en las diferentes esferas vitales. Este paradigma trasciende el incremento de la esperanza de vida, implica dar más vida a los años y no sólo años a la vida.

El análisis bibliográfico sitúa las intervenciones en clave de derechos, la posibilidad de las personas de edad para decidir acerca de las cuestiones que les afectan, disponer cómo quieren que se desarrolle su proceso de envejecimiento y participar en el diseño de las políticas públicas articuladas al efecto. La sociedad ha de posibilitar y garantizar la plena participación que excede de la asistencia a cursos y a talleres de ocio y tiempo libre. En esta línea, las planificaciones estratégicas y los discursos profesionales ponen en valor buenas prácticas y metodologías basadas en la atención centrada en la persona que posibilitan el desarrollo integral de cada persona mayor. En el ámbito objeto de estudio, los profesionales de TS promueven la participación y la mejora de

la calidad de vida de las personas a través de la optimización de las dimensiones de salud, seguridad y especialmente, de participación.

✓ *Trabajo Social profesión clave en la promoción de los derechos humanos de las personas mayores*

El y la trabajadora social es un profesional clave para la defensa de los derechos humanos, la justicia social y para intervenir con colectivos vulnerables que desarrolla sus funciones profesionales teniendo en su punto de mira la defensa de los derechos humanos (FITS, 2014). En base a lo cual, resulta clave su intervención con el colectivo de personas mayores y cobra especial relevancia su rol como garante de dichos derechos, como protector, promotor, detector y apoyo, en definitiva, como agente social de cambio y desarrollo de la ciudadanía de las personas mayores. En la misma línea, hemos de señalar que tanto en la literatura estudiada como en los discursos profesionales tienen mayor presencia funciones tales como atención directa, prevención, apoyo psicosocial, promoción, coordinación, planificación y evaluación; mientras que otras funciones tales como la mediación, supervisión, gerencia y docencia, apenas se reflejan de manera explícita. Para el desarrollo de dichos roles los profesionales tienen habilidades tales como el trabajo en red, empoderamiento, escucha activa, sistematización, análisis y dinamización comunitaria, entre otras. Todas estas competencias lo convierten en un profesional clave para el diseño y la implementación de intervenciones que mejoran la calidad de vida de las personas mayores.

Los y las trabajadoras sociales, por su idiosincrasia profesional, proximidad y accesibilidad son, en muchas ocasiones, testigos directos tanto de la protección como de la vulneración de los derechos. Con su mirada atenta a las situaciones contribuyen a ayudar a elevar la voz, de aquellos que apenas tienen voz, en este caso de las personas mayores. En base a este rol recogido en las estrategias de envejecimiento y en los discursos de las profesionales se impulsan acciones que promueven los buenos tratos a las personas mayores.

Considerar a la persona mayor como sujeto de derechos y de obligaciones e incorporar acciones de sensibilización dirigidas a la población en general y a colectivos específicos, son líneas que aparecen con frecuencia en las estrategias con la finalidad de generar una imagen social positiva de este grupo de población, visibilizar sus derechos y, valorar la productividad social más allá del rendimiento económico y laboral.

En línea con lo anterior, diversos autores apuntan la conveniencia de incorporar el enfoque de derechos junto con la perspectiva de edad en las intervenciones profesionales. Entienden que para luchar contra la discriminación por edad se han de crear normas vinculantes que amparen estos derechos y se eliminen las prácticas edadistas inadecuadas.

Los y las profesionales de Trabajo Social, como garantes de derechos humanos, buscan la promoción de la calidad de vida de las personas y acompañarlas en los procesos de envejecimiento, superando enfoques reduccionistas de atención a personas en situación de dependencia y optimizando las dimensiones de salud, seguridad y especialmente de participación.

10.2. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL CONTRASTE DE HIPÓTESIS

✓ *El Trabajo Social puede promover el Envejecimiento Activo desde los diferentes niveles y sistemas de protección*

La primera hipótesis afirmaba que el TS puede promover el EA desde los diferentes niveles y sistemas de protección. Tal y como apuntan las personas entrevistadas, el TS desarrolla sus intervenciones en tres niveles: individual, grupal y comunitario. Los proyectos grupales y comunitarios posibilitan aprovechar al máximo el potencial de dichos espacios de intervención y, en ocasiones, resultan más eficaces que las intervenciones individuales. En el caso de las personas mayores, las referencias consultadas abordan la promoción de los programas de voluntariado, el diseño de diversidad de acciones formativas y la implementación de acciones intergeneracionales. Todos ellos constituyen acciones grupales y/o comunitarias lideradas y coordinadas, en muchos casos, por profesionales de TS desde los diferentes niveles de intervención. Por consiguiente, la dimensión comunitaria permite abordar aspectos estructurales del envejecimiento poblacional, ya que, para intervenir en un nivel macro se requiere de políticas sociales globales, comunitarias e integrales. En todo caso, atendiendo a la revisión bibliográfica y al análisis de estrategias la implementación del EA ha de realizarse en los diferentes niveles existentes micro, meso y macro. Visto lo anterior, confirmamos la hipótesis de que el TS promueve el EA desde los diferentes niveles de atención, tanto individual, grupal como comunitario.

En línea con lo expuesto, la bibliografía analizada y los discursos profesionales consideran la multidimensional del concepto de EA, por lo que las acciones promotoras del mismo se implementan desde diferentes ámbitos tales como salud, servicios sociales, justicia, educación, respondiendo así a la diversidad de necesidades de la persona. Es decir, las actuaciones se

consideran bajo los criterios de atención integral e individualizada, en los cuales, sin perjuicio de la presencia de otros perfiles profesionales, los y las trabajadoras sociales abordan especialmente las necesidades psicosociales de cada persona.

La participación está presente en los diferentes textos como elemento clave y para fomentarla emplean diversas metodologías de trabajo como la atención centrada en la persona, la educación a lo largo de la vida, el desarrollo comunitario y, en general, todas aquellas iniciativas que promuevan la participación real. Se trata de ascender en la escalera de la participación y pasar de la participación entendida como mera presencia, sin acción ni decisión, a modelos participativos estables que promuevan que las personas puedan decidir, planificar y actuar sobre las cuestiones que les afectan en los diferentes ámbitos de su vida: salud, vivienda, educación, jubilación, entre otras. Los discursos de las profesionales apuntan políticas de envejecimiento transversales que superen los distintos ámbitos de protección, aunque destacan los sistemas de salud, servicios sociales y educación para el desarrollo de políticas de EA.

Teniendo en cuenta la revisión de la bibliografía especializada, el análisis de estrategias de envejecimiento y los discursos de las profesionales confirmamos la hipótesis de que el Trabajo Social promueve el Envejecimiento Activo en diferentes ámbitos y niveles.

✓ *Existe coherencia entre los objetivos y los principios profesionales del Trabajo Social y del Envejecimiento Activo*

La segunda hipótesis apuntaba que los objetivos y principios profesionales del TS están alineados con los del EA. Vista la bibliografía especializada, el EA incorpora los determinantes relacionados con factores sociales, personales, de sanidad y servicios sociales, conductuales, económicos, del entorno físico y transversales, tales como el género y la cultura (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001). Son varios los autores que ponen la mirada en las relaciones entre los determinantes del EA y los objetivos del TS y, en consecuencia, apuntan a la relación existente entre ambos, fundamentada en la cobertura por parte de los y las profesionales de TS de necesidades de diferente naturaleza derivadas del proceso de envejecimiento, tales como sociales, relacionales, sanitarias, económicas y de autonomía entre otras. Los discursos de las profesionales, también reflejan la diversidad de objetivos de sus intervenciones diferenciando entre los que tienen un carácter de promoción, preventivo y asistencial. Identifican en sus discursos la multidimensional del concepto.

En relación con la vinculación de los principios de ambos constructos, tomamos como referencia los principios inspiradores del EA (Walker, 2002, 2006) y la Declaración de Principios Éticos de la FITS (2018) observando una coincidencia explícita entre ambos. Así, la actividad, la inclusión de todas las personas mayores, la solidaridad, la participación, el empoderamiento, la diversidad, la flexibilidad y la consideración de derechos y obligaciones son criterios inspiradores comunes que reflejan una unión significativa y un marco común entre el EA y el TS. Del mismo modo, los discursos de las profesionales se hacen eco de los principios establecidos en el código deontológico de la disciplina.

Teniendo en cuenta la bibliografía específica y los discursos de las profesionales confirmamos dicha hipótesis que pone en relación principios y objetivos de ambos elementos.

✓ *Diversidad de perfiles de personas destinatarias en las acciones de EA*

La tercera hipótesis definida apunta que las acciones y medidas relacionadas con el EA se dirigen principalmente a personas mayores con escaso deterioro físico y/o cognitivo y que mantienen un grado de autonomía alto/medio para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). En este sentido, los discursos de las profesionales nos muestran como resultados, por una parte, que la diversidad de objetivos planteados en sus intervenciones profesionales, son de carácter promocional, preventivo y asistencial, es decir, que las acciones se dirigen tanto a personas con deterioro como a personas sin deterioro. Por otra parte, relacionados con los recursos y servicios más significativos, se ponen en valor, en mayor medida, los recursos de promoción de la autonomía y de fomento de la participación frente a otros de atención a las personas en situación de dependencia y los que se dirigen a las personas cuidadoras.

Sin embargo, cuando las profesionales exponen quienes son las personas destinatarias de los programas de EA observamos discursos diferenciados entre las mismas. En unos casos, aquellos dirigidos a personas mayores que no tienen deterioro cognitivo y con cierta autonomía a nivel físico; y, otros casos, identifican como destinataria a toda la población mayor con independencia de su estado físico y cognitivo.

Del mismo modo, la revisión de la bibliografía especializada se refiere en gran medida a cuestiones relacionadas con la actividad y, en concreto, con la promoción de programas de voluntariado, de acciones intergeneracionales, de aprendizaje a lo largo de la vida. Sin embargo, el análisis de las estrategias de envejecimiento apunta como población destinataria de estas a toda la población

mayor, haciéndose eco de su heterogeneidad e incorporando en sus líneas y medidas a todas las personas. Por consiguiente, las estrategias aprobadas cuentan con grandes líneas estratégicas relacionadas con empleo, participación, promoción de vida saludable y entornos, igualdad de oportunidades y, por último, prevención de malos tratos y abusos.

Visto lo anterior y, basándonos en los discursos de las profesionales, en la revisión de las estrategias de EA y en el análisis de la bibliografía especializada, confirmamos parcialmente la hipótesis de que las acciones y medidas relacionadas con el EA se dirigen principalmente a personas mayores con escaso deterioro físico y/o cognitivo y que mantienen un grado de autonomía alto/medio para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

10.3. CONCLUSIONES SOBRE POLITICAS Y PROGRAMAS DE ENVEJECIMIENTO

✓ *Las Estrategias de Envejecimiento Activo como herramientas de transformación social*

El escenario nos muestra que, por una parte, a nivel nacional, y, por otra parte, a nivel autonómico, once de las diecisiete CCAA reflejan en sus agendas políticas preocupación en torno al envejecimiento poblacional, bien incorporando el EA como un elemento principal o secundario. Sin embargo, más de la tercera parte no tienen desarrollada una estrategia dirigida a personas mayores que promueva un envejecimiento óptimo.

Las diferentes estrategias de envejecimiento recogen la multidimensionalidad de los ejes. Si bien es cierto, que todas ellas contemplan medidas de los cinco bloques señalados: empleo, participación, vida saludable, igualdad de oportunidades y prevención de malos tratos. Encontramos diferencias en cuanto a la orientación e intensidad de las mismas que han sido expuestas en el apartado correspondiente.

Los discursos de las profesionales ponen en valor de manera positiva que las CCAA cuenten con instrumentos de planificación que afiancen y establezcan las guías. Posibilita que las “buenas intenciones” se transformen en acciones, en programas y/o en servicios, que doten de contenido las mismas y no dependan de la discrecionalidad de los dirigentes políticos. Permite a su vez, que las acciones aisladas se conviertan en proyectos integrados y coherentes garantizados por la existencia de una garantía de presupuesto destinado a tal fin.

De manera complementaria, tal como apuntan algunas estrategias, el análisis bibliográfico y manifiestan diferentes entrevistadas los verdaderos protagonistas son las personas mayores; tienen

un papel clave en el diseño de las políticas sociales, en la elaboración de los planes, estrategias, programas y diseño de servicios. Están en primera línea y, por consiguiente, sus propuestas, discursos y aportaciones impregnan las estrategias existentes. Dicho de otro modo, que los procesos de toma de decisiones y que las políticas y/o programas no sean planificadas exclusivamente por políticos y por técnicos. En esta línea, las y los profesionales del TS, en el desempeño de roles de acompañamiento, promoción social, atención e investigación constituyen un agente de referencia en la garantía de dicha participación.

✓ *El Escenario Ideal del Envejecimiento Activo requiere políticas sociales efectivas*

Las profesionales entrevistadas idean un escenario en el que existen políticas sociales y estrategias de envejecimiento con un compromiso presupuestario. Plantean también, la existencia de recursos sociales suficientes y adaptados a las necesidades de cada persona mayor y de sus familiares, a la vez que promueven su participación social. Finalmente, contemplan la existencia de un número de profesionales suficientes en los diferentes recursos, principalmente de TS. En la revisión bibliográfica surgen dichas ideas e instan a ir a un escenario de máximos para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

✓ *Abordaje holístico de los problemas sociales de las personas mayores*

Los resultados del análisis bibliográfico y las profesionales entrevistadas identifican diferentes problemas relacionados con la situación de las personas mayores. Destacan el aislamiento social entendido como la falta de relaciones sociales positivas y, en consecuencia, los sentimientos de soledad que conlleva. Señalan dificultades derivadas de situaciones de vulnerabilidad de las personas mayores con discapacidad, situación de viudedad, exclusión social entre otras; todas requieren de intervenciones diferenciadas y de mayor intensidad. Otro problema apuntado es el derivado de los cambios en los modelos de familias y la crisis de cuidados que sufre la sociedad actual pudiendo implicar situaciones de desprotección de las personas mayores. Todo ello enmarcado tanto, en la falta de políticas sociales estratégicas dirigidas a este grupo de población y a sus familias, como en la escasez de recursos sociales adaptados a las mismas. También, la Estrategia Nacional y varias planificaciones autonómicas de EA recogen en sus textos dichas dificultades y establecen medidas para su abordaje.

✓ *Participación, condición necesaria para el Envejecimiento Activo*

Tanto en la revisión bibliográfica como en el análisis de discursos profesionales predominan los enfoques positivos de envejecimiento que reconocen las aportaciones de la persona mayor más allá de la productividad económica, frente a otros discursos que están enmarcados en un paradigma negativo en el que la persona mayor es percibida como coste y elemento de carga social. Por otra parte, destaca la relación con la actividad, como cuestión clave para alcanzar un envejecimiento óptimo vinculando ésta, con la promoción de actividades dirigidas a personas mayores, principalmente con aquellas que no sufren deterioro cognitivo. De los tres pilares del EA, seguridad, salud y participación, las profesionales, en mayor medida lo relacionan con la dimensión participativa y, de manera particular, con acciones dirigidas en el periodo del envejecimiento, y en menor medida lo relacionan con medidas implementadas a lo largo de todo el ciclo vital.

✓ *Trabajo Social con personas mayores: debilidades y fortalezas*

Finalizamos este apartado de conclusiones a modo de análisis DAFO destacando las luces y sombras, del TS en materia de personas mayores, identificadas en los discursos profesionales. En primer lugar, figuran debilidades tales como la excesiva burocratización de las tareas profesionales y la acomodación de las y los profesionales a sus rutinas y tareas ordinarias. En ocasiones, dichos factores pueden generar situaciones de cansancio y apatía profesional. En segundo lugar, como amenazas identifican la falta de estrategias y políticas de envejecimiento con la consiguiente escasez y adecuación de recursos y servicios, destacan la insuficiencia de recursos humanos necesarios intervenir con calidad y calidez. En tercer lugar, señalan como fortalezas internas del TS, la diversidad de las funciones profesionales entre las que destacan el apoyo psicosocial y el acompañamiento s

ocial, así como, el potencial de las intervenciones grupales y comunitarias que posibilitan una mejor consecución de objetivos promocionales. Hacen referencia al papel del TS como profesional con capacidad de liderar proyectos vinculados al EA, así como al enfoque integral y holístico de esta disciplina teórico-práctica que permite un adecuado acompañamiento en los procesos de envejecimiento. Finalmente, con relación a las oportunidades, ponen en valor el cambio en la imagen social de este colectivo vinculado al paradigma positivo que promueve la autonomía y participación de las personas mayores. En definitiva, destacan las oportunidades derivadas del reto demográfico del envejecimiento relacionadas con la productividad y aportaciones sociales, entre

otras. Tanto el análisis de discurso como la revisión bibliográfica ponen en valor a este profesional como un elemento clave para la atención psicosocial y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y sus familiares.

10.4. LIMITACIONES Y APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Comenzamos señalando las limitaciones destacando, en primer lugar, que el trabajo de campo se ha centrado en la gerontología comunitaria, es decir, teniendo en cuenta a la persona mayor y profesionales de ámbito comunitario y no considerando a aquellas que se encuentran en centros residenciales.

Una segunda limitación se puede encontrar en las entrevistas a profesionales y a personas mayores. Estas se han centrado en la CA de La Rioja. Esta limitación se ha tratado de subsanar incorporando los discursos de personas expertas de la Comunidad Foral de Navarra realizadas en el marco de la estancia de investigación.

En tercer lugar, en la investigación se ha tomado como criterio de valoración la presencia explícita del término de EA en la denominación de los planes. Sin embargo, cabe considerar que la ausencia de planes de envejecimiento activo; no implica la falta de desarrollo de acciones, programas y servicios con la finalidad de promover el EA.

En cuanto a las aportaciones del presente trabajo podemos señalar las siguientes:

La presente investigación analiza de manera detallada la relación entre TS y EA, definiendo los elementos de conexión relacionados con los objetivos, funciones, principios, ámbitos y niveles profesionales.

Asimismo, permite identificar la coherencia existente entre los principios y las líneas estratégicas de los diferentes planes y estrategias de Envejecimiento Activo, analizando elementos comunes y diferenciadores de las mismas.

Un aspecto novedoso de la presente tesis es contemplar el EA desde la perspectiva del TS atendiendo a las dimensiones desde las que esta disciplina puede promover un mejor envejecimiento con la finalidad última de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En concreto, en la Comunidad Autónoma de La Rioja no existe ninguna tesis doctoral que ponga en relación el TS y el EA.

10.5. PROPUESTAS

Finalmente, tras la revisión bibliográfica, el análisis de las estrategias existentes y el estudio de los discursos de las profesionales apuntamos varias propuestas que contribuirían a la finalidad de *Mejorar las políticas, programas y servicios dirigidos a promover el EA desde la perspectiva del TS*.

Para ello, consideramos fundamental tomar como premisa la participación de las personas mayores, en un sentido amplio, tanto en los procesos de toma de decisiones y de configuración de las políticas y/o programas, como en las cuestiones que les afectan en su dinámica diaria. En esta línea, los y las profesionales del TS disponen de herramientas y habilidades para trabajar junto a las personas mayores y favorecer su participación efectiva.

Las políticas de EA debieran abordarse a lo largo del proceso vital de las personas y no sólo a partir de la edad de jubilación. En base a lo cual se pueden implementar proyectos intergeneracionales, acciones de formación y sensibilización, que contribuyan a mejorar la imagen social de las personas mayores. Abordar la lucha contra la discriminación por razón de edad es un elemento clave que ha de realizarse de manera multidimensional, siendo fundamental la presencia de políticas y estrategias de envejecimiento que promuevan la inclusión social de todas y cada una de las personas mayores.

Todo esto implica la consideración de esta etapa vital en clave de derechos y no en clave de tutela o cuidados. Implica posicionar el foco en metodologías tales como la atención centrada en la persona, el desarrollo comunitario y el trabajo en red. Con ellos se trataría de posibilitar espacios reales de participación y toma de decisiones. Ejemplo de ello son todas aquellas experiencias que contribuyen a que las personas mayores envejezcan en su medio. Esto pasa por el fortalecimiento de los servicios de proximidad y por el desarrollo de entornos accesibles y amigables.

Con relación a la intervención de las y los profesionales del TS con personas mayores, esta ha de tener como marco, entre otros, el Código Deontológico, la defensa de los DDHH y los principios de promoción del EA. Todos ellos actuarán como guías de su praxis profesional. Los criterios de inclusión, individualización, autodeterminación y actividad, entre otros, deben estar presentes en sus intervenciones.

Atendiendo al desempeño profesional de los y las trabajadores sociales habría que reorganizar las funciones y priorizar el acompañamiento, la prevención, la promoción y la función reivindicativa y; por otra parte, disminuir el peso de las tareas administrativas, la burocratización del trabajo, así

como fomentar la motivación de las profesionales para un desarrollo creativo de su práctica. De manera complementaria, es preciso poner en valor cuestiones tales como la formación especializada, la importancia de recuperar espacios grupales y comunitarios y la visibilización de esta disciplina en la sociedad en general.

Asimismo, sería positivo incorporar en los estudios de grado y postgrado formación específica sobre personas mayores, envejecimiento y atención a situaciones de dependencia entre otras, dotando a los profesionales de competencias y habilidades específicas para trabajar con este grupo de población. Se debería evitar vincular exclusivamente la temática sobre personas mayores a las situaciones de dependencia, ya que ello contribuye a una imagen social sesgada y parcial.

Todas estas propuestas se sustentan en el marco del paradigma positivo de envejecimiento que reconoce la heterogeneidad de dicho grupo etario, plantea intervenciones integrales y fomenta la participación y toma de decisiones de cada persona en su proceso de envejecimiento. Todo ello, permitirá avanzar en la lucha contra la discriminación por razón de edad, mejorar la inclusión social de los mismos y defender el rol del profesional del TS como garante de derechos.

Finalmente, teniendo en cuenta la esencia, principios, objetivos y funciones del TS, esta es una de las disciplinas con competencias para promover el mejor envejecimiento posible. Esto es importante en el nuevo marco que se abre con la reciente aprobación de la Década del Envejecimiento saludable 2020-2030 (OMS, 2020).

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro blanco. Título de Grado en Trabajo Social*. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Ahmed, K. (2012). Asociacionismo y calidad de vida en el marco del Envejecimiento Activo: posibilidades del Trabajo Social comunitario. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. [Asociacionismo y calidad de vida en el marco del envejecimiento activo: posibilidades del trabajo social comunitario - E-Prints Complutense \(ucm.es\)](#)
- Alemán, C. & Martín, M. (2014) Envejecimiento y derechos humanos. *Miscelánea Comillas*, (72).140-141, 227-255
- Amores, I. & Reina, M. (2015) Las relaciones familiares de las personas mayores internas en residencias. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.29-37). Universidad Pablo Olavide.
- Amy, R. (2014). *The Influence of Social Engagement on Changes in Quality of Life over Time for Older Adults Living in Senior Housing*. [Ponencia]. National Symposium on Doctoral Research in Social Work, 26th. The Ohio State University College of Social Work, Ohio. [NSDRSW 26 1 roberts paper.pdf \(osu.edu\)](#)
- Anaut-Bravo, S. & Caparrós, N. (2010). Un camino por andar. Líneas de acción propositivas sobre la exclusión social de personas mayores. *Revista española del tercer sector*, 15, 91-128
- Ancizu, I. & Fontanals, D. (2012). Envejecimiento activo y dependencia: retos actuales y futuros de la atención en centros residenciales. *Servicios Sociales y Política Social*, 99, 63-78.
- Ander Egg, E. (1967). *Servicio Social para una nueva época*. Humanitas.
- Ander-Egg, E.(1994). *Diccionario de Trabajo Social*. Humanitas
- Aparicio, C. (2013). *Educación y envejecimiento activo. Una experiencia comunitaria*. [Tesis doctoral, Universidad de Alcalá]. Biblioteca Digital Universidad de Alcalá. [Educación y envejecimiento activo: una experiencia comunitaria \(uah.es\)](#)
- Arriaza, V. Ortiz, I. & Verdugo, I. (2015). Personas mayores y centros de participación activa. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.217-222). Universidad Pablo Olavide.
- Atchley, R. C. (2006). Activity theory. En R. Schulz (Ed.). *The Encyclopedia of aging* (pp. 9–13). Springer

- Ávila, H., Urrutia, A.M., Erdoiza, I. & Idiáquez, M. (2012). Avanzando hacia una cultura del cuidado: no sujeciones. *Servicios Sociales y Política Social*, 98, 67-76
- Avlund, K. Holstein, B.E. Mortensen, E.L. & Schroll, M. (1999). Active life in old age. Combining measures of functional ability and social participation. *Danish Medical Bulletin*, 46, 345-349.
- Ballesteros, A. Franco, S. Donayre, M. & Serrano, P. (2018). La evaluación del proyecto lideresas del ayuntamiento de Madrid: Una experiencia de evaluación desde la teoría del programa sensible al género y los derechos humanos. *Prisma social: revista de investigación social*, 21, 256-390.
- Ballestero, A. Úriz, M.J. & Viscarret, J.J. (2002). Dilemas éticos de las trabajadoras y de los trabajadores sociales en España. *Papers, Revista de Sociología*, 97/4, 875-898.
- Ballestero, A. Viscarret, J.J. Úriz, M.J. (2013). Funciones profesionales de los trabajadores sociales de España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(1), 127-138. doi: 10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n1.41664
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Paidós América.
- Barbero, M. (2006). El método en el Trabajo Social. En T. Fernández & C. Alemán (Coords). *Introducción al Trabajo Social* (pp.394-438). Alianza Editorial.
- Barbosa L. Fernández R. & Rodríguez S. (2015) Envejecimiento Activo. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.169-177). Universidad Pablo Olavide.
- Barnés, P. (2005). *El asociacionismo de las mujeres en la Región de Murcia*. Murcia: Consejería de Presidencia de Murcia.
- Barrio, E. Sancho, M. & Abellán A. (2008). Estilos de vida entre las personas mayores. El fin de la uniformidad. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 43 (1), 1-162
- Bass, S. Caro, F. & Chen, Y. P. (1993). *Achieving a productive aging society*. Auburn House
- Bellido A. (2013). *Envejecer viviendo, envejecimiento activo en la población jubilada de la Vega Baja de Alicante*. [Tesis doctoral, Universidad de Alicante]. Repositorio de la Universidad de Alicante. <http://hdl.handle.net/10045/41223>

- Beltrán, M. (1996). Cinco Vías de acceso a la realidad social. En M. García, J. Ibáñez & F. Alvira (eds). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp.17-41). Alianza Universidad.
- Benabal, J. Madroñal, M. & Mateos, L. (2015). Personas mayores y voluntariado. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.236-248). Universidad Pablo Olavide.
- Biestek, F.P. (1964). *Las relaciones de casework*. Aguilar
- Borda, P. Dabenigno, V. Freidin, B. & Güelman, M. (2017). El campo de la investigación cualitativa y las características de los diseños cualitativos. *Cuadernos de métodos y técnicas de investigación social ¿cómo se hace?*, 2, 9-21
- Bosch, P. M. Gómez, A. del V. & Ferrer, B. S. (2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Psychosocial Intervention*, 18 (3), 269–277. <https://doi-org.umbral.unirioja.es/10.5093/in2009v18n3a7>
- Boudiny, K. (2013). Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33, 1077-1098. doi:10.1017/S0144686X1200030X
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *Aging and human development*, 64(3), 263-297.
- Bressler, J. Henkin, N. & Adler, M. (2005). *Connecting generations, strengthening communities: Toolkit for intergenerational program planners*. Center for Intergenerational Learning.
- Butler, R. & Schechter, M. (1995). Productive Aging. En G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 763-764). Springer.
- Butrym, Z. (1976). *The naturaleza of social work*. MacMillan.
- Buys, L. & Miller, E. (2006). The meaning of “active ageing” to older Australians: Exploring the relative importance of health, participation and security. En F. Barr (Ed.). *Diversity in Ageing: Proceedings of the 39th National Conference of the Australian Association of Gerontology*. (pp.12-23). Asociación Australiana de Gerontología. <http://eprints.qut.edu.au/6671>
- Caparrós, N. & Carbonero, D. (2015). Fuentes de información para la investigación en Trabajo Social. En N. Caparrós, & E. Raya (Coords.), *Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Grupo 5.

- Caprara, M. Molina, M. Á. Schettini, R. Santacreu, M. Orosa, T. Mendoza-Núñez, V. M. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013 (817813), 14. doi:10.1155/2013/817813
- Casado, A.M. (2014.) *La educación para la salud en las personas mayores como contribución al envejecimiento activo. Una propuesta de intervención*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio de la Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7336>
- Caso, A. Pariente, A.M. & Romero, G. (2015). Ayuda a domicilio. En J.L. Sarasola, I. (director), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.230-238). Universidad Pablo Olavide.
- Cea D'Ancona, M. A. (2009). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis.
- Celedón, C. (2006). El concepto de Trabajo Social. El Trabajo Social como profesión: la identidad del trabajador social. El Trabajo Social como disciplina científica. La tecnología y el Trabajo Social. En T. Fernández & C. Alemán (coords). *Introducción al Trabajo Social* (pp.250-276). Alianza Editorial.
- Cobacho, E. & Silva, P. (2015). Personas mayores y políticas de vivienda. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.129-136). Universidad Pablo Olavide.
- Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa. (2013). *Índice de Envejecimiento Activo*. Comisión Económica de las Naciones Unidas. [Active Ageing Index Home - Active Ageing Index Home - UNECE Statswiki](#)
- Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa. (2018). *Índice de Envejecimiento Activo*, en página web de UNECE, Consultado 5 de agosto de 2020. [II. Results - II. Results - UNECE Statswiki](#)
- Comisión Europea. (2010). *Europa 2020: Una estrategia para el crecimiento inteligente, sostenible e integrador* (COM (2010) 2020 final). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC2020&from=ES>
- Comisión Europea. (2012a). *Comunicación de la comisión al Parlamento Europeo y al Consejo Llevar adelante el Plan Estratégico de Aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable* (COM (2012) 83 final). <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwii6uvJvp3uAhV1s3EKHa8UAHcQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Feur-lex.europa.eu%2Flegal->

[content%2FES%2FTXT%2FPDF%2F%3Furi%3DCELEX%3A52012DC0083%26from%3DES&usg=AOvVaw1M78STjSqA0XYAVHDSaoMJ](#)

- Comisión Europea. (2012b). Demografía, envejecimiento y pensiones. *Guía de Europa Social*, 3. [Demography, active ageing and pensions: Social EuropeGuideVolume 3 | EUROPEAN INNOVATION PARTNERSHIP \(europa.eu\)](#)
- Comisión Europea. (2017a). *El pilar europeo de derechos sociales en veinte principios*. Comisión Europea. [El pilar europeo de derechos sociales en veinte principios | Comisión Europea \(europa.eu\)](#)
- Comisión Europea. (2017b). Informe sobre el envejecimiento 2018. (065/2017). *Underlying Assumptions & Projection Methodologies*, 65. [The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies \(europa.eu\)](#)
- Comisión Europea. (2020). *Informe sobre el impacto del cambio demográfico en Europa*. Comisión Europea https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/demography_report_2020_n.pdf
- Comunidad de Castilla León. (2017). *Estrategia de Prevención de la Dependencia para las personas mayores y de promoción Envejecimiento Activo en Castilla León 2017-2021*. Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades. [Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo | Servicios Sociales | Junta de Castilla y León \(jcy.es\)](#)
- Comunidad de Madrid. (2017). *Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021*. Consejería de Políticas Sociales y Familia. [372_767_estrategia_atencion_al_mayor_version_digital_0.pdf \(comunidad.madrid\)](#)
- Conde Megías, R. (1984). *Proceso metodológico de Trabajo Social y pautas de aplicación a diversas situaciones de problemática social y de trabajo profesional*. Rosario Conde Megías.
- Conde Megías, R. (1988). *Trabajo Social experimental*. (Colección Políticas de Colección Social nº 4) Tirant Lo Blanch.
- Conde Megías, R.(2002). *Manual para las prácticas universitarias de Trabajo Social en instituciones sociales*. Método Ediciones.
- Conde Megías, R. (2003). Naturaleza, objeto, objetivos y funciones del Trabajo Social. En T. Fernández & C. Alemán (coords), *Introducción al Trabajo Social* (pp.277-312). Alianza Editorial.

- Consejo de la Unión Europea. (2009). *Igualdad de oportunidades para los hombres y mujeres mayores de 50 años: vida activa y envejecimiento digno. Proyecto de conclusiones del Consejo* (7437/09). Microsoft Word - st07437.es09 (csic.es)
- Consejo de la Unión Europea. (2012a). *Conclusiones del Consejo. Envejecimiento sano a lo largo del ciclo vital.* (2012/C 396/02). https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwin6L_3uZ3uAhUCXRUIHdMoBy8QFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Feur-lex.europa.eu%2FLEXUriServ%2FLEXUriServ.do%3Furi%3DOJ%3AC%3A2012%3A396%3A0008%3A0011%3AES%3APDF&usq=AOvVaw0XMp0a2wJxhKHEuDIDHL5w
- Consejo de la Unión Europea. (2012b). *Declaración del Consejo sobre Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012: Estrategia futura* (17468/12) https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/principiosenvact_6_2_1_2.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social (1999), *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social. Código Deontológico (ull.es)*
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. (2001). *Estatuto de la profesión del Trabajo Social. Microsoft Word - 5_la_profesion_estatuto de la profesion.doc (cgtrabajosocial.com)*
- Consejo General de Trabajo Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social* https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado n. ° 31229. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Corbin, J. (2009). Taking an Analytic Journey. En J. Morse, P. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. Clarke (eds). *Developing Grounded Theory: The Second Generation* (pp.35-54). The Left Coast Press.
- Cordero del Castillo, P. (2012). 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. *Humanismo y Trabajo Social*, 11, 101-117.
- Cortina, A. (2003). *Construir confianza*. Trona.
- Cuesta, A. B (2007). La prevención de la dependencia desde una perspectiva social. *Envejecimiento, autonomía y seguridad*, 23(9), 137-156

- Cuesta, A. B & Raya, E. (2017). Papel del Trabajo Social ante el envejecimiento activo. En A. I. Lima, E. Pastor & C. Verde (Coord.). *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social* (pp.2002-2012).
- Cuesta, A.B. (2018) El trabajo social promotor de los derechos humanos de las personas mayores. *Humanismo y Trabajo Social*. 18,75-94.
- Cuesta, A. B & Raya, E. (2019, 23 y 24 de octubre). *Prácticas profesionales, desde el Trabajo Social, para el desempeño de acciones de envejecimiento activo*. [Sesión de conferencia] Congresos Universitario Internacional sobre la comunicación en la profesión de hoy IX: Contenidos, investigación, innovación y docencia. Madrid. [Libro-de-actas-2019-completo-1.pdf](#) (cuiciid.net)
- CUESTA, A.B. (2020). ENVEJECIMIENTO ACTIVO, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS: RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL *ZERBITXUAN*, 72, 49-60. DOI.ORG/10.5569/1134-7147.72.04
- Cumming, E. & Henry, W. (1961). *Growing old. The process of disengagement*. Basic Books
- Dabenigno, V. (2017) La sistematización de datos cualitativos desde una perspectiva procesual. De la transcripción y los menús a las rondas de codificación y procesamiento de entrevistas. *Cuadernos de métodos y técnicas de investigación social ¿cómo se hace?*, 2, 22-71
- Danel, P. (2012). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos para la Intervención Profesional del Trabajo Social. En *Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico: tránsitos, miradas e interrogantes*. 2ª Jornada de Trabajo Social en el campo gerontológico (pp.26-42). Universidad de Buenos Aires
- Davey, J. A. (2002). Active Ageing and education in mid and later life. *Ageing & Society*, 22, 95-113.
- De la Fuente, Y.M. González, L. & Guzman, M. (2011). El desarrollo del sistema de atención a la dependencia y las personas cuidadoras en España. *Portularia. Revista de Trabajo Social*, 2011, 75-85 DOI: 10.5218/prts.2011.0007
- De la Fuente, Y.M. Martín, M.C. & Ortega, T. (2019). El rostro de la desolación. La soledad no elegida en el envejecimiento. En E.Pastor & Cano, L.(Coord). *Respuestas del Trabajo Social ante emergencias sociales y problemáticas complejas de México y España*. (pp.93-114).
- De la Fuente, Y.M. Sotomayor, E.M. & Martín M.C. (2016). Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 20, 527-551. DOI: 10.1344/sn2016.20.16789
- De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

- De la Red, N. De la Red, N. & González, G. (2012). Envejecimiento activo. *Servicios Sociales y Política Social*.99, 19-30.
- De la Red, N. (2019). Ética y Trabajo Social En M. del Fresno (ed.), *Técnicas de Diagnóstico, intervención y evaluación social* (pp.44-59). UNED.
- Delgado, C.R. & Calero, C.G. (2017). Espacios de convivencia y experiencia intergeneracional. *Trabajo social hoy*, 82, 19-40.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000). The discipline and practice of qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-28). Sage Publications.
- Derezotes, D. S. (2000). *Advanced generalist Social Work practice*. Sage.
- Díaz, C. Martín, M.C. De la Fuente, Y.M. (2020). Redefiniendo el Trabajo Social. Nuevos yacimientos de empleo en el envejecimiento. Una propuesta desde la intervención social. *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 9, 39-48. DOI: 10.6018/azarbe.444621
- Diener, E. Suh, E. M. Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*.125, 276-302.
- Diggs, J. (2008) Activity Theory of aging. En S. Loue & M. Sajatovic (Ed). *Enciclopedia of aging and public health* (pp.79-81). Springer. doi:10.1007/978-0- 387-33754-8
- Escartín, M. J, & Suarez-Soto, E. (1994). *Introducción al trabajo social*. Aguacalera.
- Federación Internacional de Trabajo Social. (1976). *Código Internacional de Ética profesional para el Trabajador Social*. (10 de julio de 1976.) DOCUMENTOS BÁSICOS SOBRE REFERENTES INTERNACIONALES DEL TRABAJO SOCIAL (cgtrabajosocial.es)
- Federación Internacional de Trabajo Social. (1994). *La ética del Trabajo Social: Principios y Criterios*. DOCUMENTOS BÁSICOS SOBRE REFERENTES INTERNACIONALES DEL TRABAJO SOCIAL (cgtrabajosocial.es)
- Federación Internacional de Trabajo Social. (1999). *Declaraciones de política social de la tercera edad*. <http://www.ifsw.org/en/p38000214.html> e
- Federación Internacional de Trabajo Social. (2004). *Código Deontológico Internacional de Trabajo Social*. DOCUMENTOS BÁSICOS SOBRE REFERENTES INTERNACIONALES DEL TRABAJO SOCIAL (cgtrabajosocial.es)
- Federación Internacional de Trabajo Social (2008). *Políticas sobre el envejecimiento y las personas de la tercera edad*. Microsoft Word - Políticas FITS para personas 3 edad.doc (ifsw.org)
- Federación Internacional de Trabajo Social. (2.014) *Definición del Trabajo Social*.

- Global Definition of Social Work – International Federation of Social Workers (ifsw.org)
- Federación Internacional de Trabajo Social. (2018). *Declaración Global de Principios Éticos y de Integridad Profesional del Trabajo Social*. <https://www.cgtrabajosocial.es/principioseticos>
- Fernández, T. & Alemán, C. (2006) *Introducción al trabajo social (4ª edición)*. Alianza Editorial
- Fernández-Ballesteros, R. Caprara, M. G. & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M. Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13, 63-85.
- Fernández-Ballesteros, R., et al. (2006). Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA). Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº38. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-38.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide.
- Fernández-García, T. & Ponce de León, L. (2013). Envejecimiento Activo: Recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, 13(1), 87–97.
- Fernández, G. Rojo, F. Martínez, P. Prieto, M. E. Rodríguez, C. Martín, S. Rojo, J.M. Joao, M. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19, 1031-1041. doi:10.1080/13607863.2014.996734
- Ferrada, L. & Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20 (1), 123-130. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>
- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social. Revista de trabajo y acción social*, 49, 204-219.
- Foster, L. & Boxall, K. (2015). People with learning disabilities and “active ageing” *British Journal of Learning Disabilities*, 43(4), 270–276. <https://doi-org.umbral.unirioja.es/10.1111/bld.12144>
- Foster, L. & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3-10. doi:10.1007/s10433-013-0261-0
- Foster, L. & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55, 83-90. doi:10.1093/geront/gnu028
- Franco, P. & Sánchez, A. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación*, 10, 369-383.

- Freidin, B. (2017). El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos: ¿Para qué y cómo los diseñamos? *Cuadernos de métodos y técnicas de investigación social ¿cómo se hace?*, 2, 72-109
- Friedman, B. (1997). The integration of pro-active aging education into existing educational curricular. *Journal gerontological social work*, 28, 103-110.
- Gaitán, L. (1991). El espacio profesional en T. Zamanillo Peral & L. Gaitán Muñoz, *Para comprender el trabajo social* (pp. 95-109). Verbo Divino.
- García, G. (2012). Conectados. Envejecimiento Activo. *Servicios Sociales y Política Social*. 98,1, 53-66
- García, M.E. González, R. & Lara, C. (2015). Personas mayores, estereotipos y mitos. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.21-29). Universidad Pablo Olavide.
- García, R. (2014). *El envejecimiento activo: programa en competencia social con personas mayores* [Trabajo de fin de máster, Universidad Valladolid]. UVA
- García, P. (2015). Impacto de las políticas de envejecimiento en la calidad de vida. Análisis en el CPA de Jódar (Jaén). *Revista de trabajo social y acción social*, 56,184-193
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7795>
- García-Salord, S. (1991). *Especialidad y rol en Trabajo Social: curriculum- saber-formación*. Humanitas. Generalitat Valenciana. (2013). *Estrategia de Envejecimiento activo de la Comunidad valenciana*. Consellería de Sanitat. [ESTRATEGIA ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA CV 2013 CAST.pdf \(agefriendlyeurope.org\)](http://agefriendlyeurope.org)
- Giró, J. (2006). Envejecimiento activo en la sociedad española. En J. Giró (Coord). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. (pp.15-36). Universidad de La Rioja.
- Giró, J. (2014). La violencia hacia las personas mayores. *Trabajo Social hoy*, 72, 23-38. Doi: [10.12960/TSH.2014.0008](https://doi.org/10.12960/TSH.2014.0008)
- Giró, J. (2017). El maltrato hacia las personas mayores. *EHQUIDAD. Revista internacional de políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 6, 139-159. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2016.0012>
- Gobierno de Aragón. (2018). *Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón*. Departamento de ciudadanía y derechos sociales. [Estrategia de atención a personas Mayores \(aragon.es\)](http://aragon.es)

- Gobierno de Canarias. (2017). *Estrategia Canaria de Envejecimiento Activo 2017-2020*. Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda. [Estrategia Canaria de envejecimiento activo \(2017-2020\) \(datosdelanzarote.com\)](#)
- Gobierno de Cantabria. (2018). *Programa de Buen trato y promoción de territorios amigables con las personas mayores en Cantabria*. Vicepresidencia, Dirección General de Política Social [Cantabria amigable-Programa A5.indd \(serviciosocialescantabria.org\)](#)
- Gobierno de Cantabria. (2019, 23 de mayo). *Resolución por la que se aprueba la Estrategia frente al reto demográfico 2019-2025*. (BOC 98). Recuperado de: [BOC-98 23 de mayo de 2019.indd \(cantabria.es\)](#)
- Gobierno de Castilla la Mancha. (2009). *Estrategia 2011-2020 de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha*. Gobierno de Castilla la Mancha. <http://www.plansaludybienestarsocial.jccm.es/phocadownload/plan%20de%20salud%20y%20bienestar%20social%202011-2020%20ideas%20para%20el%20debate.pdf>
- Generalitat de Catalunya. (2002). *Libre blanc de gent gran activa*. Departament de Benestar Social. http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/ambits_tematics/gent_gran/08llibreblancgentgranactiva02/2002Llibreblancgentgranpaper.pdf
- Gobierno de España. (1977, 30 de abril). *Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966*. (BOE 103). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733>
- Gobierno de España. (1982, 9 de junio). Ley orgánica 3. *Por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía de la Rioja*. BOE 146. Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de La Rioja.
- Gobierno de España. (1994, 4 de noviembre). Real Decreto 2171. *Por el que se aprueba la naturaleza, funciones, composición y funcionamiento del Consejo Estatal de las Personas Mayores*. (BOE 31). [Imserso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales :: Consejo Estatal de las Personas Mayores](#)
- Gobierno de España. (2006, 15 de diciembre). Ley 29. *Por la cual se aprueba la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. (BOE 299). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Gobierno de La Rioja. (1998, de 9 de octubre). Decreto 60. *Por el que se regulan los requisitos mínimos de los pisos y viviendas tuteladas para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja* (BOR 123). [Anuncio del boletín oficial de La Rioja](#)

- Gobierno de La Rioja. (2001, de 30 de noviembre). Orden 16. *Por la que se regula el precio público de los centros residenciales de personas mayores propios y concertados con la Comunidad Autónoma de La Rioja.* (BOR 146). Anuncio del boletín oficial de La Rioja
- Gobierno de La Rioja. (2007, 27 de diciembre). Decreto 131. *Por el que se modifica el Decreto 32/2005 de 29 de abril, por el que se regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes.* (BOR 172). Decreto 131/2007 de La Rioja, de 27 de diciembre, por el que se modifica el decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan l (normativadependencia.es)
- Gobierno de La Rioja. (2007). *III Plan Integral de Promoción de la Autonomía Plan Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia 2007/2010.* (Colección de servicios Sociales. Serie Planes Integrales). III Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas con Discapacidad 2007/2010 - Servicios Sociales - Portal del Gobierno de La Rioja
- Gobierno de La Rioja. (2009, 22 de diciembre). Ley 7/2009. *Por la cual se expide la Ley de Servicios Sociales de La Rioja.* BOR 160. Disponible en <https://www.larioja.org/bor/es/boletines-nuevo?tipo=2&fecha=2009/12/28&referencia=726125-1-HTML-408740-X>
- Gobierno de La Rioja. (2010, 22 de abril). Decreto 24. *Por el que se regula el sistema de acceso a plazas públicas en Centros de Día para personas mayores dependientes del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia* (BOR 50). Decreto 24/2010, de 22 de abril, por el que se regula el sistema de acceso a plazas públicas en Centros de Día para personas mayores dependientes del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia (larioja.org)
- Gobierno de La Rioja. (2011, 29 de abril). Decreto 31. *Por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.* BOR 59. Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales (larioja.org)
- Gobierno de La Rioja (2012, 24 de febrero). Decreto 3. *Por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial para personas mayores en situación de riesgo o exclusión social del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales* (BOR 24). Recuperado en Decreto 3/2012, de 16 de febrero, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial para personas mayores en situación de riesgo o exclusión social del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales (larioja.org)

- Gobierno de La Rioja (2014, 4 de abril). Decreto 14. *Por el que se modifica el Decreto 27/1998, de 6 de marzo, mediante el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja.* (BOR 45). [Anuncio del boletín oficial de La Rioja](#)
- Gobierno de La Rioja. (2016, 9 de noviembre). Decreto 42. *Por el que se regula el estatuto de los Centros de Participación Activa para personas mayores* (BOR 129). Recuperado en [Decreto 42/2016, de 4 de noviembre, por el que se regula el estatuto de los Centros de Participación Activa para personas mayores \(larioja.org\)](#)
- Gobierno de La Rioja. (2017). *Agenda para la población de La Rioja 2030.* [Agenda para la población de La Rioja: 2030: documento final | BIBLIOTECA de LA RIOJA](#)
- Gobierno de La Rioja. (2017, 28 de julio). Orden 7. *Reguladora del Consejo Sectorial de Personas Mayores de la Comunidad Autónoma de La Rioja.* (BOR 149). [Orden 7/2017, de 20 de diciembre, de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia, por la que se crea y regula el Consejo Sectorial de Personas Mayores de la Comunidad Autónoma de La Rioja](#)
- Gobierno de La Rioja. (2018, 30 de mayo). Decreto 17. *Por el cual se regulan los requisitos mínimos de los Centros de Día para Personas Mayores.* (BOR 63). <https://web.larioja.org/normativa?n=dyna02464>
- Gobierno de La Rioja (2018, 21 de julio). *Borrador de Decreto regulador de creación de las unidades de atención socio sanitaria públicas en centros residenciales de personas mayores y se regula el proceso de acceso a las mismas* (21/7/2018) Recuperado en [Borrador de Decreto por el que se crean las unidades de atención sociosanitaria públicas en centros residenciales de personas mayores y se regula el proceso de acceso a las mismas \(larioja.org\)](#)
- Gobierno de La Rioja. (2019, 21 de febrero). Orden 35. *Reguladora del procedimiento para la obtención del carné de transporte de las personas mayores de 65 años y de otros colectivos prioritarios y se establecen las bases para la concesión de subvenciones como compensación a las reducciones tarifarias que se establecen a las mismas* (BOR 35). [Orden FOM/35/2019, de 21 de agosto, de la Consejería de Fomento y Política Territorial, por la que se modifica la Orden 5/2012, de 12 de julio de 2012, de la Consejería de Obras Públicas, Política Local y Territorial, por la que se regula el procedimiento para la obtención del carné de transporte de las personas mayores de 65 años y de otros colectivos prioritarios y se establecen las bases para la concesión de subvenciones como compensación a las reducciones tarifarias que se establecen a las mismas \(larioja.org\)](#)

- Gobierno de Navarra. (2017). *Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable en Navarra 2017-2022*. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Recuperado en: [plan estratégico.indd \(navarra.es\)](#)
- Gobierno del Principado de Asturias. (2018). *Estrategia de envejecimiento activo (ESTRENA) 2018-2021*. Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Gobierno de Asturias. Recuperado en: [Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo \(ESTRENA\) 2018-2021 \(socialasturias.es\)](#)
- Gobierno Vasco. (2011). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción*. Departamento de empleo y asuntos sociales. [Visualización completa del registro. Resultados de la búsqueda. Buscador de documentos. Documentos /Investigación. Envejecimiento en red. EN-RED.CSIC](#)
- Gobierno Vasco. (2015). *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/estrategia%20vasca%20de%20envejecimiento%20activo.pdf
- Golpe, L. Bidegain, L. & Arias, A. (2004). *Edaísmo y apoyo social*. Ediciones Suárez
- González, M. Rosa, C. Castellano, A. M. & González, E. (2014). La alternativa epistémica cualitativa para la producción de conocimientos en Trabajo Social. Una mirada intersubjetiva. *Interacción y perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 4(2), 152-172
- González, M. Rosa C. Castellano, A.M. & González, E. (2014) La alternativa epistémica cualitativa para la producción de conocimientos en Trabajo Social. *Una mirada intersubjetiva. Interacción y perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 4 (2)152-172.
- González, R. (2012). Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007). *Servicios Sociales y Política Social*, 99, 91-108
- Gummá, E. & Castilla, R. (2017). Cohousing de personas mayores. Un recurso residencial emergente. *Documentos de trabajo social: revista de trabajo y acción social*, 59, 51-84.
- Hamilton, G. (1951). *Theory and practice on social case work*. Universidad de Columbia.
- Hasmanová, J. (2011). Leisure in old age: Disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International journal of ageing and later life*, 6(1), 5-32. doi:10.3384/ijal.1652-8670.11615.
- Havighurst, R. J. (1953). The leisure activities of the middle-aged. *American Journal of Sociology*, 63, 152-162
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13. doi:10.1093/geront/1.1.8

- Havighurst, R. J. (1963). Successful ageing. En R. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Process of ageing* 1 (pp. 299-320). Atherton
- Havighurst, R. J. Neugarten, B. L. & Tobin, S. S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. En P. F. Hansen (Ed.), *Age with a future* (pp. 419- 425). Munksgaard.
- Healy, K. (2005). *Social work theories in context: Creating frameworks in practice*. Penguin Press.
- HelpAge International (2014). *Adultos Mayores Demandan Acción*. Recuperado de: ADA en Derechos 2014. Consultado el 20 de diciembre de 2020. [ADA en Derechos 2014 | Adultos mayores Demandan Acción, ADA | HelpAge América Latina](#)
- HelpAge Internacional. (2017) *Un movimiento global en favor de los derechos de las personas mayores*. Consultado el 22 de enero de 2021 de <http://www.helpage.es/noticias/la-mesa-estatal-por-los-derechos-de-las-personas-mayores-presenta-su-manifiesto-para-adoptar-una-convencion-de-la-onu-para-los-derechos-de-las-personas-mayores/>
- Hernández, F. (2012). El libro blanco del envejecimiento activo de Andalucía. *Servicios Sociales y Política Social*.99, 79-90
- Hernández, M. (1999). *Recuerdos en la vejez. La evolución de la sociedad Murciana a través del relato de sus mayores*. Región de Murcia.
- Hernández, M. (2000). *Desigualdades según género en la vejez*. Región de Murcia.
- Hernández-Sampieri, R. Fernández, C. & Baptista, M.P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Educación.
- Holstein, M. B. & Minkler, M. (2003). Self, society, and the “new gerontology”. *The Gerontologist*, 43, 787-796.
- Houben, M. Audenaert, V. & Mortelmans, D. (2004). Vrije tijdentijdsbesteding Leisure and time allocation. En T. Jacobs, L. Vanderleyden, & L. VandenBoer (Eds.), *Oplatereleeftijd. de leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. (pp. 225-252). Garant.
- Huenchuan, S. & Rodríguez-Piñero, L. (2009). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Huenchan, S. & Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. (LC/W.353). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección | Publicación | Comisión Económica para América Latina y el Caribe \(cepal.org\)](#)

- Instituto Nacional de Estadística.(2018). *Nota de prensa Proyecciones de Población 2018*. [Comunicado de Prensa].https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Nota de prensa Proyecciones de Población 2020-2070*. [Comunicado de Prensa]. Notas de prensa INE
- Junta de Andalucía. (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/andalucia-libroblanco-01.pdf>
- Junta de Andalucía. (2020). *I plan estratégico integral personas mayores en Andalucía: 2020-2023*. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Recuperado de: Junta de Andalucía - I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023 (juntadeandalucia.es)
- Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 299. doi:10.1097/00001504-199907000-00012
- Kenneth, L. M. (1949). *Social work in a revolutionary age*. Universidad de Pensilvania.
- Kisnerman, N. (1975). *Practica Social en el medio rural*. Humanitas.
- Kisnerman, N. (1984): *Introducción al Trabajo Social*. Humanitas
- Kisnerman, N. (1990). *Introducción al Trabajo Social*. Humanitas.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social*. Humanitas.
- Konopka, G. (1968). *Trabajo Social de grupo*. Euroamérica.
- Lacámara, C. (2012). Factores determinantes de la confianza de los familiares en los centros residenciales. *Servicios Sociales y Política Social*, 99, 49-63.
- Larkin, M. (2014). Person-centened approaches to connect with people with dementia in the moment. *Journal on active ageing*, 13, 26-35.
- Lassen, A. J. & Moreira, T. (2014). Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33-46. doi:10.1016/j.jaging.2014.03.004
- Leland, H. (1942). Social work: an analysis of a social institution. *Farrar and Rinehart*, 167-169.
- Lemieux, A. (1998). *Los programas universitarios para mayores, Enseñanza e investigación*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Lemon, B. W. Bengston, V. L. & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *The Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- Leonard, P. (1966). *Sociology in Social Work*. Routledge and Kegan Paul.

- Lima, A.I. (2012). Profesionales de relevancia envejeciendo activamente. *Servicios Sociales y Política Social*, 99, 9-18.
- Limón, R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 47, 45-54.
- López-Aranguren. (1996). El análisis de contenido tradicional. En M. García, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp.594-616). Alianza Universidad
- Lucena, O. G. Maciel, S. C. Silva, A. O. Dos Santos, W. S. & Moreira, M. A. S. P. (2010). Active aging from the perspective of aged individuals who are functionally independent. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 44, 1065-1069. doi:10.1590/S0080- 62342010000400030
- Ludi, M.C. (2012). Trabajo Social y “Envejecimiento Activo” en Argentina. *Servicios Sociales y Política Social*, 98, 129-142 Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011249>
- Malagón-Siria, J.C. (2017). *La mirada del trabajo social sobre la sociabilidad de las personas mayores en el territorio y los equipamientos. El caso de Sevilla*. [Tesis doctoral, Universidad de Pablo Olavide] Teseo. imprimirFicheroTesis.do (educacion.gob.es)
- Marina, L. & Jonas, L. (2012). Active Ageing and successful ageing as explicative models of positive evolutions to elderly people. [Ponencia]. Scientific Annals of the “Al. I. Cuza” University, Iasi. *Sociology & Social Work* 5(1), 79-91. Diagrams. <http://search.ebscohost.com/umbral.unirioja.es/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=84704422&lang=es&site=eds-live>
- Marshall, V. M. & Altpeter, M. (2005). Cultivating social work leadership in health promotion and aging: Strategies for active aging interventions. *Health y Social Work*, 30, 135–144. doi:10.1093/hsw/30.2.135
- Marsillas, S. (2016). *Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego*. [Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela] Minerva Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/10347/14997>
- Martín, M. (2012) Trabajo Social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Servicios Sociales y Política Social*, 98 (1), 9-34.
- Martínez de Miguel, S. (2003). *Reconstruyendo la educación de personas mayores*. Grupo editorial universitario.

- Maxwell, J. A. (1996). A model for Qualitative Research Design. En *Qualitative Research Design. An Interactive Approach* (pp. 1-13). SAGE.
- Mendes, F. R. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review*, 22, 174- 185. doi:10.5172/hesr.2013.22.2.174
- Min, J.W. (2013). Health Inequalities and Active Aging: What Can Social Workers Do? *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 2, 81-86.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1988). *Reforma de las enseñanzas universitarias. Título: Diplomado en Trabajo Social*. Consejo de Universidades, Secretaría General.
- Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. (2009). Población y sociedad rural. *Serie Agroninfo*, 12.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). *Envejecimiento Activo: Libro Blanco*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoen.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2014). *Marco de actuación para las personas mayores. Propuestas y medidas para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ministerio-sanidad-mayorestelefonica-Marco-actuacion-PersonasMayores-02-2015.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2001, noviembre). *Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y tendencias* [Boletín 4 y 5]. Observatorio de Personas Mayores. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm4y5.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2003). *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/planppmm20032007.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2017). *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato 2018-2021*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/844/02EFE9D3.pdf>
- Ministerio Federal de Trabajo, Asuntos Sociales, salud y protección del Consumidor de la República de Austria. (2018, 12 y 13 de noviembre de 2018). Conferencia Internacional de Expertos sobre los

- Derechos Humanos de las Personas de Edad. Conferencia, Viena. ICHROP 2018 | ICHROP - International Conference on Human Rights of Older Persons (ageing.at)
- Minkler, M. & Fadem, P. (2002). “Successful Aging”. A disability perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12, 229-235. doi:10.1177/104420730201200402
- Minney, M. J. & Ranzijn, R. (2016). “We Had a Beautiful Home ... But I Think I’m Happier Here”: A Good or Better Life in Residential Aged Care. *Gerontologist*, 56 (5), 919–927. <https://doi-org.umbral.unirioja.es/10.1093/geront/gnu169>
- Miñano, L. (2006). *El Asociacionismo y las necesidades socioeducativas en los Centros de Mayores del municipio de Murcia*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. DIGITUM. <http://hdl.handle.net/10201/13246>
- Moix, M. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Trivium.
- Moix, M. (2004). El trabajo social y los servicios sociales. Su concepto. *Cuadernos de trabajo social*, 17, 131-141
- Montoro, J. Pinazo, S. & Tortosa, M. A. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 15 (3) 178-187.
- Moral, M. de la V. (2017). Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychological*, 16(1), 40–58. <https://doi-org.umbral.unirioja.es/10.11144/Javeriana.upsy16-1.pips>
- Moulaert, T. & Paris, M. (2013). Social policy on ageing: the case of “Active Ageing” as a theatrical metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1(2), 113-123. doi: 10.11114/ijsss.v1i2.141
- Mozas, C. (2015). *Propuesta de voluntariado para el envejecimiento activo con personas mayores de la zona rural Ribera del Duero* [Trabajo de fin de grado, Universidad Valladolid]. UVAdoc. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14294>
- Munuera, P. (2002). Gordon Hamilton (1892-1967) y la importancia del registro social. *Trabajo Social Hoy*, 35 (35). 143-152. https://eprints.ucm.es/5675/1/T.S._Hoy_Gordon.pdf
- Murillo, L. Rico, E. & Vaquero, M. (2015). Actividades de ocio y tiempo libre con personas mayores en centros de día. En J.L. Sarasola, I. (director.), *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores* (pp.222-229). Universidad Pablo Olavide.
- National Institute for Social Work. (1992). *Trabajadores Sociales su papel y cometidos*. Narcea

- Nieto, J.M. & Castejón, F. (2017). Club EUCONET. TIC's para un envejecimiento activo y solidario. [Póster]. Universidad Permanente de la Universidad de Alicante. <http://hdl.handle.net/10045/66839>
- Núñez, A. (2014). Envejecimiento activo y participación social. Una mirada hacia el voluntariado. [Trabajo de fin de grado, Universidad Valladolid]. UVAdoc <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/8116>
- NÚÑEZ, C.J. (2017). EL ASOCIACIONISMO DE LAS PERSONAS MAYORES COMO INSTRUMENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. EN A.I. LIMA, E. PASTOR & C. VERDE (COORD.), *COMUNIDADES SOSTENIBLES: DILEMAS Y RETOS DESDE EL TRABAJO SOCIAL*. (PP.1664-1672). ARANZADI THOMSON REUTERS.
- Oficina Estadística de la Unión Europea. (2020). *Estructura demográfica y envejecimiento de la población*. Comisión Europea. [Estructura demográfica y envejecimiento de la población - StatisticsExplained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg11-6-1&plugin=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Innovative Care for Chronic Conditions*.(OMS/MNC/CCH/01.01).[iccc book.id2 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/iccc-book-id2)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *¿Qué es un sistema de salud?*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 20 de enero de 2021.[OMS | ¿Qué es un sistema de salud? \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/que-es-un-sistema-de-salud)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud* (WHO/FWC/ALC/15.01) [OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/oms-informe-mundial-sobre-el-envejecimiento-y-la-salud)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana* (A69/A/CONF.8). [Microsoft Word - A69_ACONF8-sp.docx \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/microsoft-word-a69-aconf8-sp-docx)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. [Decenio del Envejecimiento Saludable \(2020-2030\) \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/decenio-del-envejecimiento-saludable-2020-2030)
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948*.http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (1966a). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* [ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos \(ohchr.org\)](https://www.ohchr.org/es/instruments-and-treaties/instruments-and-treaties.aspx?lang=es)

- Organización de las Naciones Unidas (1966b). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ohchr.org)
- Organización de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/elInstituto/normativa/normativa/docs/convencion.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento, adoptado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* Plan_Viena_sobre_Envejecimiento (gerontologia.org)
- Organización de las Naciones Unidas. (1990) *Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (AG/RES/45/158)* ACNUDH |Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios (ohchr.org)
- Organización de las Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad*.
<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/buscador/search/printInstrumento/49>
- Organización de las Naciones Unidas. (1992). Resolución de la Asamblea General, *Proclamación sobre el envejecimiento, (47/5)* RESOLUCIONES APROBADAS POR LA ASAMBLEA GENERAL DURANTE EL 47° PERÍODO DE SESIONES (un.org)
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). Observación general nº 6: Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las personas mayores. (E/C.12/1995/16/Rev.1) <http://hrlibrary.umn.edu/gencomm/epcomm6s.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. (2001). *Resolución aprobada por Asamblea General 65/182: Seguimiento de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Disponible en: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/182&Lang=S
- Organización de las Naciones Unidas. (2002a). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas.(2002b). *Decisión 26/III Eliminación de la discriminación de las mujeres de edad al amparo de la Convención (A/57/38, Parte I), 7 de mayo de 2002, N0261420.pdf*

- Organización de las Naciones Unidas.(2002c). *Informe Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, [A/CONF.197/9 - S - A/CONF.197/9 -Desktop \(undocs.org\)](#)
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2.010). *Recomendación general n° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. Humanos*. (CEDAW/C/2010/47/GC.1) <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*. Naciones Unidas. Consultado en 21 de enero de 2021. <https://www.ohchr.org/SP/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (2013a). *Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional*. Recuperado en: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2013b). *Resolución aprobada por Asamblea General 67/139. Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad*. Recuperado en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=514196a82>
- Organización de las Naciones Unidas. (2013c). *Seguimiento del año internacional de las personas de edad. Segunda asamblea sobre envejecimiento*. Informe del secretario general. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/402/54/PDF/N1340254.pdf?OpenElement>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015a). *Resolución 70/164 sobre Medidas para mejorar la promoción y protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas de edad*. <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10369.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015b). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. (A/RES/70/1) [Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible \(equidad.org.mx\)](#)
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Perspectivas mundiales de la población mundial 2019*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. [WorldPopulationProspects 2019 Highlights \(un.org\)](#)

- Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo y estructural, la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García, J. Ibáñez & F. Alvira (eds.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp.153-185). Alianza Universidad.
- Parlamento Europeo. (1997). *Tratado de Amsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos*. [amst-es.pdf \(europa.eu\)](#)
- Parlamento Europeo. (2007a). *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea*. <https://fra.europa.eu/es/eu-charter/title/title-iii-equality>
- Parlamento Europeo. (2007b). *Tratado de Lisboa por el que se modifica el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea*. [EUR-Lex - 12007L/TXT - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](#)
- Paola, J. (2019). Relaciones conceptuales y desenvolvimientos del Trabajo Social en el campo gerontológico. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(1), 29-45. doi: <http://doi.org/10.29035/pai.5.1.29>
- Pato, J. & Tarrío, J.A. (2012). Las universidades de mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la universidad de Vigo en el Campus de Ourense. *Servicios Sociales y Política Social*, 98, 77-100
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE.
- Paúl, C. Ribeiro, O. & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 10. doi:10.1155/2012/382972
- Peel, N. M. Bartlett, H. P. & McClure, R. J. (2004). Healthy ageing: How is it defined and measured? *Australasian Journal on Ageing*, 23, 115-119. doi:10.1111/j.1741- 6612.2004.00035.x
- Penalva, C. Alaminos, A. Francés, F.J. & Santacreu, O.A. (2015). *La investigación cualitativa. Técnicas de investigación y análisis con Atlas-Ti*. Universidad de Cuenca.
- Pinazo, S. Lorente, X. Limón, R. Fernández, S. & Bermejo, L. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo. *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*, (pp.3-10). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Pinazo, S. (2012). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional En M. G. Pérez (Ed.), *Claves para un envejecimiento activo* (p. 8). UNED

- Ponce De León, L. P. Lévy, J. P. Fernández, T. & Ballesteros, S. (2015). Modeling Active Aging and Explicit Memory: An Empirical Study. *Health and Social Work*, 40(3), 183–190. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv044>
- Ponce de León, L. & Andrés, S. (2017). Envejecimiento activo en el ámbito rural en España. *Ehquidad international welfare policies and social work*, 7, 175-198
- Porcel, A. (2001). Retos al Trabajo Social en la atención asistencial a mayores. *Cuadernos de trabajo social*, 14, 279-290.
- Póveda, R. Barberá, R. Becker, H. Schadler, I. Wienholtz, A. de Castro, C. & Martínez, L. (2017). Fomento del envejecimiento saludable en el hogar y cuidado del cuidador. Sistema colaborativo: Wetakecare. *Revista de biomecánica*, 64, 40-48.
- Pozo, E. (2014). *Promoción del envejecimiento activo a través de la animación sociocultural. Una propuesta de intervención*. [Trabajo de fin de máster, Universidad Valladolid]. UVAdoc. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3834>
- Pruchno, R.A. Wilson-Genderson, M. & Cartwright, F. (2010a). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 671-679. doi:10.1093/geronb/gbq051
- Pruchno, R.A. Wilson-Genderson, M., Rose, M. & Cartwright, F. (2010b). Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50, 821-833. doi:10.1093/geront/gnq041
- Raya, E. Caparrós, N. Lorente, B. Anaut, S. (2018). *Ciencia y esencia en la práctica del Trabajo Social*. Tirant lo Blanch
- REDONDO, I. GONZALO, M. DEL C. VEIGUELA, I. BACARIZA, M. & OTERO, P. (2012) PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. *TRABAJO SOCIAL Y SALUD*, 73, 43-48
- Regato, P. (2001). Programa de envejecimiento activo y saludable en atención primaria de salud. *Trabajo social y salud*. 73, 43-48.
- Región de Murcia. (2013). *Envejecimiento Activo en la Región de Murcia año 2011*. (Boletín Epidemiológico 7/2013. Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública. Región de Murcia. [282922-informe_aai_0.pdf](https://www.europa.europa.eu/press-communication/infobox/infobox_282922-informe_aai_0.pdf) (europa.eu)
- Región de Murcia. (2019, 13 de febrero) Decreto 7. *Por el que se crea la comisión delegada del Consejo de Gobierno sobre el Envejecimiento Activo de las personas con discapacidad*. (BORM 44).

CARM.es - Decreto n.º 7/2019, de 13 de febrero, por el que se crea la Comisión Delegada del Consejo de Gobierno sobre envejecimiento ac...

- Richmond, M. (1922). *Social diagnosis*. Rousell Safe Foundation
- Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. (LC/W.305). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Rodríguez, D. & Valldeoriolla, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Universidad Oberta de Catalunya.
- Rodríguez, M. C. & Vidal, C. (2015). Solidaridad intergeneracional: jóvenes y adultos mayores en estrecha colaboración. *Prospectiva: revista de trabajo social e intervención social*, 20, 261-278.
- Romano, F. (2017). Ética y epistemología en Trabajo Social. *Documentos de Trabajo Social*, 59, 33-50, ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246
- Romero, R. (2012). Trabajo Social Los servicios sociales municipales ante el sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aportaciones desde la perspectiva y proximidad del Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 98,1, 101,113
- Roqué, M. & Fassio, A. (2012). *Gerontología comunitaria e institucional*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Rovere, A.M. Allende, C. & Cornejo, M. C. (1984). *Propuestas metodológicas para el Trabajo Social*. Humanitas.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging. Usual and successful. *Science*, 237 (4811), 143-149
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rubi, C. (1991). El análisis de las necesidades y recursos desde la perspectiva del Trabajo Social, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 21, 6-19
- Rubio, J. Fernández, B. Pérez, F. Devesa, T. & Rubio, P. (2017). *Solidaridad intergeneracional y responsabilidad social en el envejecimiento activo: canciones para activar la memoria y el cuerpo*. [Póster]. Universidad de Alicante.
- Rueda, J.D. & Zurro, J.J. (2019). El trabajo social sanitario frente a la soledad de las personas mayores. *Agathos: atención sociosanitaria y bienestar*, 3, 12-20.
- Salmerón J. (2012). *La percepción del envejecimiento desde la perspectiva de las mujeres mayores usuarias de centros sociales de la Comarca del valle del Ricote de la Región de Murcia. Sus implicaciones para la educación*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. DIGITUM. <http://hdl.handle.net/10201/30160>

- Sánchez, S. (2015). *El envejecimiento activo en el medio rural de la provincia de Palencia*. [Trabajo de fin de máster, Universidad Valladolid]. UVA doc <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14964>
- Santos, P. Moro, L. & Jenaro, C. (2018). Desarrollo de un Taller de risaterapia con un grupo de personas mayores. *Revista. Facultad. Nacional. Salud Pública*, 36(1): 17-26.
- São José, J. M. Timonen, V. Amado, C. A. F. & Santos, S. P. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of Aging Studies*, 40, 49–56. <https://doi-org.umbral.unirioja.es/10.1016/j.jaging.2017.01.001>
- Sarasola, J.L. (2015). *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores*. Universidad Pablo Olavide
- Schweintitz, K. (1924). *The art of helping people out of trouble*. Houghton.
- Seeman, T. E. Bruce, M. L & Mc Avay, G. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: Mac Arthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology - Series B: Social Sciences*, 51, 191-200.
- Siamón, R.M. (2012). El análisis “DAFO” aplicado a la intervención en casos de personas en situación de exclusión social. *Documentos de trabajo social. Revista de Trabajo y acción social*, 51, 469-487.
- Sidorenko, A. & Zaidi, A. (2013). Active ageing in CIS countries: Semantics, challenges, and responses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 17. doi:10.1155/2013/261819
- Sobremonte, E. (2018). Ética y Trabajo Social., En E. Raya, N. Caparrós, Lorente, B & Anaut, S. (Eds), *Ciencia y esencia en la práctica del Trabajo Social* (pp. 389-408). Tirant Humanidades.
- Stenner, P. Mc Farquhar, T. & Bowling, A. (2011). Older people and “active ageing”: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16, 467-477. doi: 10.1177/1359105310384298
- Strauss, A. & J. Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Strawbridge, W.J. Wallhagen, M. I. & Cohen, R.D. (2002). Rowe and Kahn successful aging measure. *The Gerontologist*, 42, 727-733.
- Tareque, M. I. Ahmed, M. M. Tiedt, A. D. & Hoque, N. (2014). Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58, 399-407. doi:10.1016/j.archger.2013.11.003
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

- Thanakwang, K. Isaramalai, S. A. & Hatthakit, U. (2014). Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1211– 1221. doi:10.2147/CIA.S66069
- Teater, B. (2016). Intergenerational programs to promote active aging: the experiences and perspectives of older adults. *Activities, adaptation and aging*, 40, 1-16. doi: 10.1080/01924788.2016.1127041
- Tiernes C. (2011). El Trabajo Social y la educación social como pilares básicos para la atención y estimulación cognitiva de nuestras personas mayores. *Pedagogia i Treball Social*. 2011, 48-64
- Torres, J. (1987). *Historias del Trabajo Social*. Humanitas.
- Úriz, M.J. & Salcedo, D. (2017). Presentación al monográfico ética y Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30 (1), 17-21.
- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexiones metodológicas y práctica profesional*. Síntesis.
- Van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing- paradigm. *Journal of Aging Studies*, 31, 93-103. doi: 10.1016/j.jaging.2014.08.008
- Van Malderen, L. Mets, T. De Vriendt, P. & Gorus, E. (2013). The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. *Quality of life research*, 22, 929-937. doi: 10.1007/s11136-012-0216-5
- Vidriales, R. Hernández, C. & Plaza, M. (2016). *Envejecimiento y Trastorno del Espectro del Autismo. Una etapa vital invisible*. Autismo España.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121-139. doi: 10.1111/1468-246X.00118
- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13(1), 78-93. doi:10.1080/13439000600697621
- Walker, A. (2009). The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging y Social Policy*, 21, 75-93. doi:10.1080/08959420802529986
- Walker, A. & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21 (Suppl. 1), 117–130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Werner, W. (1959). *Social Work Curriculum Study*. Council on Social Work Education.
- Xunta de Galicia. (2016). *ESGAEN-Estrategia Gallega de Envejecimiento activo desde la Innovación 2016-2020*. Consejería de Política Social. <https://www.siiis.net/documentos/ficha/517776.pdf>

- Yanguas, J .J. (2009). *La participación social de las personas mayores*. IMSERSO.
- Yusta, R. (2018). Implantación de un modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo Social Hoy*, 84, 45-62. doi: 10.12960/TSH.2018.0009
- Zaidi, A. Gasió, K. Hofmarcher, M. M, Lelkes, O. Marin, B. Rodrigues, R. Schmitdt, A. Vanhuysse, P. & Zolyomi, E. (2013). *Active Ageing Index 2012. Concepto, metodología y resultados finales*. (ECE/GC/2012/003). Comisión Económica de Naciones Unidas. https://www.researchgate.net/publication/256008735_Project_%27Active_Ageing_Index_AAI%27_Active_Ageing_Index_2012_Concept_Methodology_and_Final_Results
- Zamarrón, M.D. (2007). Envejecimiento activo. *Infocop*, 34, 7-9. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/2013.pdf> http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3631
- Zamarrón, M.D. (2013). Envejecimiento Activo: un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 449-463.

ANEXOS

Anexo 1: Guion de la entrevista con profesionales

- Presentación
- Variables socio demográficas: edad, género, medio rural/urbano, trayectoria profesional: tiempo y entidades.
- Escenario percibido. Desempeño profesional: Objetivos, funciones, principios, niveles de intervención, servicios y programas más relevantes
- Escenario ideal de intervención profesional, cuestiones que incluir/ quitar/ modificar en relación con los objetivos, funciones y servicios y/o prácticas realizadas.
- Elementos que justifican la existencia de las diferencias entre ambos escenarios
- Personas mayores: necesidades o dificultades más relevantes, aportación social de las personas mayores y cambio en el perfil.
- Trabajo Social y personas mayores: debilidades, fortalezas y retos profesionales.
- Concepto de Envejecimiento Activo, conceptualización, áreas desde las que se promueve, papel del Trabajo Social en dichas áreas
- Cualquier consideración, propuesta
- Agradecimiento y cierre

Anexo 2: Guión de la entrevista a personas mayores

- Presentación
- Variables socio demográficas: edad, genero, trayectoria participativa/no participativa, medio rural/urbano, estado civil y situación familiar; discapacidad, autonomía
- Abordaje de la trayectoria participativa,
 - participación en entidades sociales ¿Por qué? Papel (voluntario, gestión)
 - Vínculo con Trabajo Social
 - Tipología de entidades, diversidad, no diversidad,
 - Servicios, programas que destaca de las mismas
- Necesidades de las personas mayores
- Escenario ideal para la atención a las personas mayores
- Causas entre el escenario ideal y el percibido
- Percepción de los profesionales para promover buen envejecimiento.
- Concepto de Envejecimiento Activo, áreas desde las que promover
- Consideraciones y propuestas
- Agradecimiento y cierre

Anexo 3: Guión de la entrevista a personas expertas

- Variables sociodemográficas: género, edad, antigüedad en el puesto, experiencia profesional y formación.
- Envejecimiento activo, conceptualización, percepción de las personas mayores, percepción de otros profesionales en relación a este. Desde que áreas se tendría que promocionar
- Escenario percibido, programas, proyectos en los que está implicado/a como experto/a para la promoción del Envejecimiento Activo. Papel del Trabajo Social en los mismos: Objetivos, funciones, principios y niveles
- Escenario ideal de intervención profesional, que cambios introducirían en cuanto a objetivos, programas, funciones profesionales. (tanto referido al desempeño profesional como a nivel general en el ámbito de envejecimiento). Causas de estas diferencias
- Existencia de una estrategia de envejecimiento activo, que aporta, cambios acontecidos desde su aprobación, nacimiento.
- Percepción de Necesidades y dificultades mas relevantes de este grupo de edad.
- Aportaciones que puede hacer el Trabajo Social en relación al envejecimiento
- Cualquier otra cuestión de interés
- Agradecimiento y cierre

Anexo 4: Libro de Códigos

- **ESCENARIO PERCIBIDO**
 - FUNCIONES
 - Atención Directa
 - Coordinación
 - Docencia
 - Evaluación
 - Gerencia
 - Investigación
 - Mediación
 - Planificación
 - Prevención
 - Promoción e inserción social
 - Supervisión
 - Consideraciones generales administrativa
 - Consideraciones generales comunicación
 - NIVELES
 - Nivel TS Individual
 - Nivel TS Grupal
 - Nivel TS Comunitario
 - OBJETIVO
 - Objetivos Asistenciales
 - Orientar en recursos
 - Informar y atender
 - Crear recursos
 - Objetivos Preventivos
 - Prevenir dependencia
 - Prevenir situaciones de vulnerabilidad
 - Prevenir soledad
 - Objetivos Promocionales
 - Acompañar en el proceso de envejecimiento
 - Promover el bienestar personal personas mayores y familiares
 - Desarrollar acciones intergeneracionales
 - Favorecer convivencia positiva
 - Implicar a las familias en cuidados
 - Promover envejecimiento activo
 - Promover ocio saludable
 - Promover participación social
 - Promover permanencia domicilio
 - Promover relaciones sociales
 - Sensibilizar, cambiar la imagen de las personas mayores
 - Sentirse bien como profesional
 - PRINCIPIOS
 - Principio Autodeterminación

- Principio autonomía
- Principio dignidad
- Principio Integral
- Principio justicia social
- Principio secreto profesional
- Principios DDHH
- **SERVICIOS Y PROGRAMAS**
 - Atención a las personas cuidadoras
 - Atención a las personas en situación de dependencia
 - Participación social
 - Intergeneracionales
 - Representación social
 - Voluntariado
 - Promoción de la autonomía
- **ESCENARIO IDEAL**
 - Escenario ideal recursos
 - Escenario ideal Políticas Sociales
 - Escenario ideal Profesionales
- **CAUSAS DE LAS DIFERENCIAS ESCENARIOS**
 - Causas externas
 - Falta de recursos
 - Falta Políticas Sociales
 - Gestión recursos
 - Instrumentalización personas mayores
 - Causas internas
 - Acomodación profesional
 - Aislamiento
 - Sobrecarga tiempo o emocional
- **NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES**
 - Necesidad: brecha digital
 - Necesidad: Cuidados
 - Necesidad: escaso movimiento asociativo
 - Necesidad: falta PPSS y RRSS
 - Necesidad: falta reconocimiento social
 - Necesidad: medicalización
 - Necesidad: entorno rural y urbano
 - Necesidad: soledad y aislamiento social
 - Necesidad: cambio modelo de familia
 - Necesidad: vulnerabilidad
- **PERFILES DE LAS PERSONAS MAYORES**
 - P. Autonomía
 - P. cambios
 - P. Edad
 - P. Población inmigrante
 - Otros elementos
- **ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

- Contenidos
- Definición
- Destinatarios
- Edad
- Individualización flexibilidad
- Paradigma de Envejecimiento:
- Paradigma negativo
- Paradigma positivo
- **ÁMBITOS DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO**
 - Servicios Sociales
 - Salud
 - Educación
 - Vivienda
 - Empleo
 - Cultura
 - Deporte
 - Empleo
 - Medio ambiente
 - Ocio y tiempo libre
 - Urbanismo
 - Transversalidad
- **TS CON PERSONAS MAYORES**
 - ANÁLISIS DAFO
 - **AMENAZAS Y DEBILIDADES**
 - Externo, amenaza
 - Dificultades relacionadas con servicios y recursos
 - Actividad por actividad
 - Sistemas coordinación
 - Voluntariado incompetente
 - Envejecimiento población
 - Falta Estrategia Envejecimiento
 - Falta marketing social
 - Instrumentalización personas mayores
 - Papel de los políticos o responsables de políticas públicas
 - Interno, debilidad
 - Acomodación
 - Burocratización
 - Escaso TS Grupal y TS Comunitario
 - Falta formación específica
 - Sobrecarga
 - **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES**
 - Externa, Oportunidades
 - Reto demográfico
 - Gestión eficiente servicios
 - Paradigma positivo envejecimiento
 - Interna, Fortalezas

- Dimensión holística del TS
- Diversidad funciones
- Acompañamiento social
- Trasladar necesidades a políticos
- Visión social
- Prof. referencia
- Espacios grupales y comunitarios
- RETOS
 - Vinculados TS
 - Vinculados con personas mayores