

# Trabajo social sanitario en mayores (primaria y especializada)

Miryam Rodríguez Monter

PID\_00206262



## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1. Explosión demográfica.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2. La población envejece: la realidad en cifras y las diferencias de género.....</b> | <b>8</b>  |
| <b>3. Acciones específicas ante el envejecimiento.....</b>                              | <b>11</b> |
| <b>4. El envejecimiento como escenario: definición del fenómeno.</b>                    | <b>13</b> |
| <b>5. La vejez: un grupo heterogéneo.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>6. Envejecimiento activo: bienestar y calidad de vida.....</b>                       | <b>18</b> |
| <b>7. Estereotipos y vejez: una visión sesgada de la realidad.....</b>                  | <b>21</b> |
| <b>8. Imagen social del envejecimiento.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>9. La vejez: interdisciplinaridad para su estudio y abordaje práctico.....</b>       | <b>26</b> |
| <b>10. El trabajo social sanitario en la vejez.....</b>                                 | <b>28</b> |
| <b>11. Vejez y familia.....</b>   | <b>31</b> |
| <b>12. Superación de barreras y comunicación afectiva.....</b>                          | <b>33</b> |
| <b>13. Calidad y evaluación del trabajo social sanitario con mayores.....</b>           | <b>35</b> |
| <b>14. Aspectos finales.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>  | <b>39</b> |



## Introducción

A mediados del pasado siglo XX empezamos a tomar conciencia de que estábamos asistiendo a un crecimiento de la población mundial a un ritmo y en unas dimensiones sin precedentes en la historia. En 1969, la National Academy of Sciences (NAS) en Estados Unidos presentó el primer informe procedente de la comunidad científica *Resources and Man* (Los recursos y el hombre), alertando ya sobre la limitación de los recursos y la llamada **explosión demográfica**.

Este concepto comenzaba, junto con el proceso de urbanización, a copar los discursos en casi todas las disciplinas: economía, demografía, medicina, sociología, política, etc. Se trataba de poner en escena los cambios y transformaciones que acontecían a nuestras sociedades, y que se materializaban, especialmente, en un envejecimiento de la población.

Este envejecimiento, cada vez más notable, representa un cambio sustancial en el perfil de nuestra sociedad. La importancia y los retos que plantean las personas de mayor edad en diferentes ámbitos de la vida (como veremos más adelante), es un desafío para todas las disciplinas (las ciencias sociales, la medicina, o la política). Y es en ese contexto donde el trabajo social sanitario y los trabajadores sociales sanitarios no podemos, ni debemos, permanecer ajenos o distantes a lo que implican esos cambios.

La sociedad en general suele utilizar un lenguaje muy variado para denominar al colectivo que nos ocupa: persona de edad, tercera edad, adulto mayor, anciano, viejo... En cualquier caso se trata de una terminología que se encuentra en la calle, que no está consensuada y cuyo empleo obedece a visiones sociales muy estáticas de lo que es la vejez.

En general podemos decir que todo lo relacionado con las personas mayores suele suscitar poco interés, o al menos se trata de un mismo interés concreto y poco amplio. La temática más utilizada suele estar relacionada con la salud (deterioro físico, cognitivo, hábitos alimenticios, prevención de enfermedades), con la población (aumento de la esperanza de vida, diferencias de envejecimiento según el sexo), o con la dependencia (gasto social, especialización de recursos, Ley de Dependencia, cuidadores). La visión que se proporciona de este grupo de población es, cuanto menos, sesgada.

La sensación es que los mayores, parte cada vez más importante de la población (y no solo por su relevancia numérica), son poco protagonistas de los contenidos que le son propios. Bien es cierto que en los últimos años hemos ido viendo cómo se destacaba el papel de los mayores en el cuidado de los nietos (Badenas y López, 2010; 2011), o en el terreno del voluntariado (Montero y Bedmar, 2010; Villa, 2013). También asistimos al papel crucial que muchos

representan para el mantenimiento familiar en nuestra sociedad, ya que actualmente en España 4 de cada 10 personas mayores (40,4% de la población), ayudan económicamente a algún familiar (UDP, 2012).

Pero incluso ante esa imagen positiva, de reconocimiento y alabanza o valoración social, los mayores no suelen estar bien considerados y en cambio, sí estigmatizados por prejuicios o imágenes cargadas de estereotipos, lo que puede conllevar sentimientos de soledad, exclusión y abandono, que dificultan o complican esta etapa de la vida.

Goffman apuntaba que el estigma es el proceso por el que las reacciones de los demás estropean la **identidad normal** de los sujetos; las enfermedades mentales, las discapacidades físicas o la edad son objeto de estigma social en una gran variedad de contextos. El estigmatizado será calificado como una persona inferior o, como nos diría el propio autor, no será considerado como **enteramente humano** (Goffman, 2006), o como una persona plena y funcional.

En ese sentido y para vencer esas barreras estereotipadas, es necesario un acercamiento a la vejez que exija de la comprensión y el conocimiento necesario, tanto del desarrollo físico y psicosocial que acompaña al proceso de envejecimiento, como del entendimiento de la propia individualidad dentro de ese proceso de cambio.

Como trabajadores sociales sanitarios, como profesionales, como ciudadanos y como futuros mayores, la imagen social de la vejez y la interpretación que hagamos de ella determinará en gran medida la valoración y la posibilidad de inclusión de este colectivo en una vida social activa, caracterizada por el respeto de todos sus derechos y espacios, así como por la eliminación de estereotipos negativos.

En las siguientes páginas vamos a trabajar aquellos aspectos que resultan fundamentales para poder abordar la vejez en su sentido más amplio. Nos ocuparemos de cuestiones relacionadas con el propio envejecimiento, visto siempre desde una perspectiva interdisciplinaria, así como de conceptos vinculados al envejecimiento activo, la familia, los estereotipos o la imagen social. El hilo conductor de este bloque es ayudarnos a aprender, a mostrar y a ejercer el trabajo social sanitario con mayores, de la manera más integradora posible.

## 1. Explosión demográfica

Antes de abordar cualquier otra cuestión, es necesario que nos tomemos un momento para destacar, brevemente, la importancia que la denominada explosión demográfica supuso, así como sus consecuencias posteriores.

Hasta comienzos del siglo XVIII, el crecimiento de la población se había ido produciendo de forma pausada, incluso a un ritmo lento. Aspectos como las epidemias, la tasa de mortalidad (especialmente la infantil) o la mala alimentación de un elevado porcentaje de la población, provocaban que la edad media de vida no sobrepasara los 30 años. Este escenario nos dibujaba una población más o menos estable donde la natalidad, muy elevada, se contrarrestaba con una mortalidad igualmente alta.

Pero entre la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, se inicia la Revolución Industrial, en Gran Bretaña primero y en el resto de Europa posteriormente, donde los avances técnicos, en los cultivos especialmente, permiten aumentar la producción agrícola de forma considerable. Las sociedades viven un enorme conjunto de transformaciones en todas las áreas: tecnológicas, culturales, socioeconómicas, etc.

Todos estos avances tecnológicos y científicos del momento permitieron poner en marcha servicios de salud y de higiene, así como técnicas médicas, muchísimo más eficaces que las existentes hasta entonces, que supusieron un enorme retroceso de las enfermedades y epidemias y por consiguiente, una longevidad mucho más prolongada.

A partir de este momento, a la disminución de la mortalidad se une el incremento en la esperanza de vida, lo que provoca un aumento jamás visto en la población y que, en definitiva, nos sitúa ante la ya mencionada **explosión demográfica**. Desde entonces, la preocupación principal de muchos sectores (económicos, médicos, políticos, sociales, demográficos, etc.), ha sido cómo trabajar y abordar, en todos los sentidos, los problemas y dificultades derivados de ese rápido aumento de la población y su esperanza de vida.

## 2. La población envejece: la realidad en cifras y las diferencias de género

Envejecer es un proceso natural, universal, gradual e inexorable con el que podemos estar más o menos familiarizados y al que, igualmente, podemos aceptar en mayor o menor grado.

Cuando Simone de Beauvoir afirmaba que la vejez no era un hecho estadístico, sino la prolongación y la conclusión de un proceso biológico (Beauvoir, 1983, pág. 35), no se alcanzaba a reflejar la verdadera realidad de la cuestión; el acentuado envejecimiento de la población se ha convertido en una de las principales cuestiones dentro de las diversas agendas políticas y sociales. Médicos, geriatras, economistas, psicólogos, sociólogos, demógrafos y por supuesto, trabajadores sociales sanitarios, nos encontramos frente a un grupo de población numeroso, cuyo significado, protagonismo, demandas y necesidades, requieren de todo nuestro esfuerzo.

La realidad a la que nos enfrentamos los diferentes profesionales, y concretamente los trabajadores sociales sanitarios, representa un reto de grandes dimensiones en las políticas públicas, de salud, en los servicios sociales, en la Seguridad Social y por supuesto, casi con mayor importancia, en las esferas personales y familiares de cada uno de los actores implicados en este proceso.

El desarrollo y transformación económica ya mencionados, así como el proceso y cambio social, han permitido, junto con los avances médicos, desacelerar el ritmo de deterioro debido al envejecimiento (Ander-Egg; 2010, pág. 25). Obviamente, el envejecimiento no es algo nuevo, pero sí lo es el ritmo, las dimensiones y las consecuencias que presenta. Hasta hace unos algunos años era casi asombroso que una persona llegara a los 90 años de edad... Actualmente, saber que un individuo cumple los 100 años es casi una noticia normal.

El aumento progresivo de las personas de la tercera edad se presenta en contraposición a la constante disminución de la natalidad; en este imparable y continuado proceso, el llamado envejecimiento femenino es predominantemente mayoritario en casi todos los países. Pese a esa “relevancia demográfica” de las mujeres mayores, no se ha traducido por el momento en un interés de similares proporciones por conocer su realidad social. Las dimensiones revolucionarias de las transformaciones a través de los movimientos feministas han ocultado en gran medida la realidad de las **mujeres mayores**, que no se han beneficiado del cambio pero sí han sido probablemente las generaciones que lo han hecho posible (Pérez Ortíz, 2005).



La esperanza de vida al nacer es en la actualidad superior a 80 años en 33 países. Hace solamente cinco años, habían llegado a ese hito únicamente 19 países. Acorde al último informe emitido por El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2012), en 1950 había en todo el mundo 205 millones de personas de 60 o más años de edad. Hacia el 2012, la cantidad de personas de esa edad llegó a casi 810 millones. Según las proyecciones, llegaremos a 1.000 millones en menos de diez años y duplicaremos las cifras hacia el 2050, situándonos cerca de los 2.000 millones.

Existen, además, marcadas diferencias entre las distintas regiones. Por ejemplo, en el 2012, un 6% de la población de África tenía 60 o más años de edad, en comparación con el 10% existente en América Latina y el Caribe, el 11% en Asia, el 15% en Oceanía, el 19% en América del Norte y el 22% en Europa. Asistimos por tanto a una **Europa envejecida**, que claramente va a tener que focalizar sus políticas y actuaciones sociales, económicas, sanitarias y asistenciales en base a esta evolución demográfica (Comisión Europea, 2010).

A escala mundial, tal y como mencionábamos anteriormente, las mujeres constituyen la mayoría del grupo de personas de más edad. Actualmente, por cada 100 mujeres de 60 o más años de edad hay solamente 84 hombres en ese grupo; y por cada 100 mujeres de 80 o más años, hay solamente 61 hombres de la misma edad.

Los hombres y las mujeres experimentan la vejez de manera diferente; las relaciones entre los géneros estructuran todo el curso de la vida, e influyen sobre el acceso a los recursos y a las oportunidades futuras. Esto quiere decir, como veremos más adelante, que en las políticas y actuaciones sociales anteriormente mencionadas, implementar la **perspectiva de género** es un requisito imprescindible para ajustarse a las demandas y necesidades de este amplio colectivo.

Sin embargo, vivir más años no significa necesariamente vivir con una buena calidad de vida, ya que la mayor longevidad de las mujeres las hace más propicias a padecer enfermedades crónicas asociadas con la vejez. Los hombres, por su parte, particularmente después de su jubilación, también pueden pasar a ser vulnerables debido a que debilitan sus redes de apoyo social y necesitan reestructurar su concepto de los tiempos.

Podemos resumir que la vulnerabilidad y fragilidad de los mayores, hombres y mujeres, puede derivar en situaciones de ausencia de derechos, discriminación e incluso de rechazo. En ese sentido, como abordaremos más tarde, hay que tener en cuenta que una parte de la sociedad mantiene los estereotipos más negativos asociados tradicionalmente a la vejez, considerándola como un estigma que nadie quiere.

Una vida longeva ya no está en manos de unos pocos privilegiados, sino que es una posibilidad real para la gran mayoría de la población. Ahora bien, llegados a este punto es importante que nos detengamos a reflexionar sobre lo

#### Perspectiva de género

Entendemos por perspectiva de género los marcos teóricos que debieran ser adoptados para una investigación, capacitación y desarrollo de políticas o programas, en los que se recojan las diferentes relaciones de poder que se dan entre los géneros, teniendo en cuenta su construcción histórica y social.

que representa el escenario que hemos presentado: ¿En qué condiciones envejecemos?, ¿cómo nos afecta?, ¿qué rol juegan los familiares, los profesionales, las instituciones y las administraciones en todo este proceso?

### 3. Acciones específicas ante el envejecimiento

Todos los cambios demográficos conllevan la aparición y presencia de nuevas necesidades y demandas, a las que no podemos ni debemos ignorar. La generación de personas de mayor edad no son un grupo homogéneo para el que puedan bastar unas políticas de ámbito genérico. Es importante no estandarizar a este grupo como una categoría única y reconocer, en cambio, que se trata de una población cuya diversidad es tan grande como la de cualquier otra población.

En esa misma dirección (reconocimiento de la diversidad), para Naciones Unidas (UNFPA; 2012), existen seis acciones prioritarias en cuyo trabajo y desarrollo deben centrarse las actuaciones, desde cualquier ámbito, dirigidas a las poblaciones en proceso de envejecimiento:

1) Reconocer que el envejecimiento de la población es inevitable y que es necesario preparar adecuadamente a todos los interesados directos e indirectos (gobiernos, entidades, profesionales, familias y sociedad en general).

Esto debería realizarse fortaleciendo las capacidades, la comprensión y el entendimiento de todos los agentes implicados, con el fin de adaptar las sociedades a un mundo en proceso de envejecimiento.

2) Asegurar que las personas mayores puedan vivir en condiciones de dignidad y seguridad, disfrutando del acceso a servicios sociales y de salud esenciales y que puedan disponer de un ingreso mínimo mediante el establecimiento de medidas de protección social y otras inversiones sociales, que prolonguen su autonomía e independencia, previniendo el empobrecimiento en la vejez y contribuyendo a un envejecimiento en condiciones adecuadas.

Esas acciones deben basarse en una visión a largo plazo y deben apoyarse en un firme compromiso político, asegurándose de prevenir efectos negativos en tiempos de crisis o de cambios gubernamentales.

3) Ayudar a las sociedades y a las familias a establecer sistemas de apoyo que aseguren que las personas mayores reciban la atención necesaria, promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

4) Apoyar esfuerzos encaminados a efectuar investigaciones comparativas sobre el envejecimiento y asegurar que los datos y evidencias, con sensibilidad de género y cuestiones socioculturales, están disponibles para basar en ellos las diferentes políticas e intervenciones.

5) Incorporar el envejecimiento a todas las políticas relacionadas con cuestiones de género, y las cuestiones de género en todas las políticas sobre envejecimiento, tomando en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y los hombres.

6) Desarrollar una nueva cultura basada en los derechos humanos de las personas mayores y promover un cambio de mentalidad y de actitudes sociales con respecto al envejecimiento y sus protagonistas.

Estos no deben ser considerados meros receptores de medidas de bienestar social, sino miembros activos que contribuyen a la sociedad. Para esto, es necesario, entre otras cosas, impulsar medidas y acciones que contrarresten la discriminación por motivos de edad, y reconozcan a las personas mayores como sujetos autónomos.

Es precisamente en este escenario de **acciones prioritarias** que acabamos de enumerar donde el trabajo social sanitario y sus profesionales deben llegar a situarse **más allá** de ser meros **gestores y/o tramitadores** de ayudas y recursos, para convertirse en un verdadero motor de cambio.

## 4. El envejecimiento como escenario: definición del fenómeno

Hasta el momento no nos habíamos detenido en definir el fenómeno propiamente dicho sobre el que estamos focalizando este trabajo. Al hablar de mayores, de tercera edad, de mayores adultos o ancianos, ¿de qué estamos hablando en realidad? De acuerdo a lo que hemos visto, de algo tan sencillamente natural y al mismo tiempo tan complejo como es el envejecimiento.

Cuando desde cualquier disciplina intentamos abordar un fenómeno, lo primero es poder establecer una definición sobre nuestro objeto de estudio y, en ese sentido, el trabajo social como disciplina rigurosa y científica, igualmente el trabajo social sanitario, no puede ser menos. Ahora bien, no podemos negar que definir qué es el envejecimiento no es tarea sencilla y mucho menos consensuada. Ciertamente es que nuestro trabajo, de manera fructífera y positiva, se mueve entre la interdisciplinariedad y la importancia de vincular al trabajador social con otros profesionales, por lo que si revisamos la literatura al respecto podemos encontrarnos diferentes definiciones con, eso sí, coincidencias comunes en cuanto a su contenido.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento es:

“Un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida. Esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.”

OMS, 1982.

Para llegar a una limitación terminológica, podemos recurrir a criterios cronológicos, biológicos, funcionales y/o sociales y laborales para definir la vejez.

1) **Criterio cronológico:** es el criterio más utilizado por casi todos los profesionales implicados en el estudio de la vejez; acudiendo a este criterio definimos y establecemos la voz acorde a la edad de los individuos.

Según la OMS, la categoría de **edad media** se extiende de los 45 a los 59 años, la correspondiente a “personas de edad avanzada” de los 60 a los 74 años, la de “ancianos” de los 75 hasta los 90 años, considerándose como “grandes ancianos” a las personas de más de 90 años (IMSERSO, 2001).

Ahora bien, según este criterio, la utilidad del mismo queda restringida a un ámbito más estadístico o sociológico, dejando “fuera” de la categorización aspectos tan relevantes como la individualidad de cada sujeto.

### Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad

La interdisciplinariedad busca la integración entre diferentes disciplinas, para lograr un mismo fin, sin importar la mezcla resultante entre las mismas. La multidisciplinariedad, por el contrario, hace referencia a la oportunidad en la que muchas disciplinas se concentran en torno a un caso en común, pero que no se relacionan con las demás, conservando de esta forma las teorías que son propias de cada disciplina.

**2) Criterio biológico:** este criterio se asocia al grado de desgastes en órganos y tejidos que, por el transcurso del tiempo (años), se hace visible.

Pero la generalidad de este criterio, de nuevo, puede hacernos perder la particularidad con la que el envejecimiento de nuestras estructuras (órganos, tejidos, etc.) se produce. Por sí mismo, este criterio también nos daría una división restringida.

**3) Criterio funcional:** recurrir a este criterio es bastante frecuente, aunque también muy debatido. Su utilización se establece acorde a la pérdida de funciones (físicas, psíquicas e intelectuales), lo que supondría equiparar vejez con enfermedad.

El problema o restricción del uso de este criterio, por sí solo, y más aún en un escenario tan cambiante como el que ya se ha descrito, es el amplio número de personas mayores (inclusive en las edades más avanzadas) que viven de forma autónoma e independiente.

**4) Criterio sociolaboral:** según este criterio, la jubilación marcaría el comienzo de la vejez.

El problema radica en que la jubilación como “hecho” (bastante nuevo y cambiante, según país, sexo y legislatura), no afecta por igual a todas las personas. Las jubilaciones anticipadas o el retraso en la edad de jubilación, por ejemplo, marcan diferencias y consecuencias que no se pueden, ni se deben obviar.

Sin embargo, entre tanta diversidad podemos resumir que, en general, es posible encontrar puntos comunes en casi todas las definiciones al respecto (Ander-Egg, 2010, pág. 51-52).

1) Envejecer es considerado como una etapa de la vida, algo natural y no una enfermedad.

2) Se trata de un proceso en el que el organismo va cambiando, lo que conlleva limitaciones y en ocasiones, dependencia de los demás.

3) Las modificaciones o cambios que acompañan al proceso no solo hacen referencia a aspectos morfológicos o funcionales, sino también a cuestiones psicosociales, económicas, emocionales y/o familiares.

En este sentido, podemos decir que no existe ningún criterio que por sí mismo, de manera independiente, defina o tipifique la vejez de forma autosuficiente y completa. Muchos de los criterios que hemos visto se centran en aspectos muy específicos, dejando de lado la importancia de percibir la vejez de forma global e interdisciplinar.

Las definiciones son necesarias (tenemos que acotar nuestro objeto/campo de estudio), pero nuestro trabajo no debe perder nunca de vista que el envejecimiento es una cuestión individual, que nos afecta de forma diferente a cada uno de nosotros.

## 5. La vejez: un grupo heterogéneo

Como hemos ido recalcando e insistiendo hasta el momento, la importancia en cualquier definición o clasificación es no considerar la vejez de una forma homogénea. Para cualquier profesional que trabaje en este campo, y los trabajadores sociales sanitarios no somos diferentes, es fundamental entender, y por tanto proceder de forma individualizada en cada una de las intervenciones y actuaciones profesionales que se realizan con el colectivo.

Pero más allá de las escalas profesionales, los informes y los baremos que nos vemos obligados a utilizar, es cierto que las clasificaciones tienen un propósito práctico. Como herramientas de trabajo, pueden permitirnos tener un mayor conocimiento y utilidad a la hora de comprender con quién trabajamos.

Cuando abordamos la vejez desde el punto de vista de las personas que la experimentan, es importante recordar la tipología de posibles estrategias de acomodación que elaboraron Reichard, Livson y Peterson (1962), y que posteriormente ha sido el foco de atención de un amplio número de compañeros cuyo trabajo se desarrolla en esta área.

Su tipología se basa en diferenciar cuatro características o tipos de grupos de mayores:

**1) Constructividad o persona integrada:** personas caracterizadas por la actividad, las actitudes realistas, la autoconfianza, la lucha por el deterioro físico e intelectual; son personas contentas de sí mismas.

**2) Dependencia o comodidad:** se trata de personas caracterizadas por la pasividad o incluso el aislamiento; son perfiles adaptados y acomodados a la situación que viven y en algunos casos, pueden llegar a ser dependientes de otros (no necesariamente de forma física sino emocional).

**3) Hostilidad o irascibilidad:** son personas poco adaptadas, quisquillosas, frustradas y/o propensas a la irritabilidad. Se mezclan sentimientos donde se construyen falsas imágenes del mundo (mejoradas o embellecidas), así como de sí mismos.

**4) Odio hacia uno mismo (*self-hate*) o intrapunitivo:** caracterizado por el pesimismo, la depresión, la aceptación de la muerte como un alivio y la exageración de los propios defectos. Se trata de personas mal adaptadas, desconfiadas y/o autoagresivas.



¿Pero cuál de estos tipos es el que prevalece realmente? Tal y como ya indicábamos al hablar de las definiciones, de forma independiente, ninguno. Como profesionales del trabajo social sanitario debemos preguntarnos qué tipo de mayor es la persona que tenemos delante y cómo, atendiendo a sus particularidades, vamos a desarrollar nuestro trabajo en toda su amplitud.

En los últimos años las clasificaciones han ido cambiando y nuevas aportaciones o modificaciones de las ya existentes han ocupado y ocupan manuales y guías al respecto. En ese contexto, la clasificación que más relevancia está cobrando es la que establece tres tipos o formas de envejecimiento: la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito (Fernández-Ballesteros, 2000; 2008).

Mientras que la vejez normal sería aquella que cursa sin patologías (de tipo físico o psicológico) de carácter inhabilitante, la vejez de tipo patológico sería el resultado de la enfermedad y/o discapacidad. Por último, la vejez con éxito o vejez competente pondría de relieve la existencia de una vejez con una baja probabilidad de enfermar o de padecer una discapacidad, asociada a un bajo funcionamiento cognitivo o aun escaso y nulo “compromiso” con la vida y el deseo de vivirla (Rowe y Kahn, 1997).

Esta tipología de la vejez es importante hoy en día, dado que, desde las políticas de atención a los mayores procedentes de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud o la Unión Europea, y desde la propia gerontología, se pretende la potenciación de la **vejez con éxito**, así como la reducción de la **vejez patológica**.

Y es precisamente en esa línea de trabajar por un envejecimiento pleno y exitoso donde cobra su sentido máximo las últimas líneas de trabajo sobre la vejez, el llamado envejecimiento activo.

## 6. Envejecimiento activo: bienestar y calidad de vida

Ortega y Gasset ya nos decía que la sustancia de la vida residía en la ocupación, y en cómo las personas entendíamos la vida como un “espacio” de tiempo, en el que nuestros actos van llenando esos “trozos libres” de quehaceres y usos (Ortega y Gasset, 1997). Más allá de las motivaciones del autor para llegar a esas conclusiones, el concepto de envejecimiento activo se basa, precisamente, en esa misma esencia.

La investigación sobre envejecimiento activo es un tema prioritario a distintos niveles tanto nacionales como europeos (Plan gerontológico, Ley de Dependencia, Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, etc.). Así consta en la convocatoria del Plan nacional de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica (BOE 29/01/02), en el Quinto Programa Marco de la Unión Europea (EU, 2000) y en la “Research Agenda for Ageing during the 21st Century” (IAG) avalada por Naciones Unidas y publicada con motivo del Plan internacional de acción sobre envejecimiento en Madrid durante el 2002 (ONU, 2002). En esa misma línea, la promoción del envejecimiento saludable y/o satisfactorio también es una de las directrices prioritarias de trabajo para todos los profesionales del sector.

A finales de los años noventa, la Organización Mundial de la Salud acuñó un nuevo concepto, superando el de envejecimiento saludable existente hasta el momento y que denominó “**envejecimiento activo**”; fue definido como:

“El proceso de optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida (y el bienestar) de las personas según envejecen.”

OMS, 1996.

De la definición planteada conviene resaltar dos aspectos:

1) La idea de “envejecimiento activo” es un nuevo concepto científico que requiere de investigación y de más estudios, con el fin de establecer cuáles son los determinantes de este tipo de envejecimiento.

2) Tal y como ha puesto de relieve la ONU, esa línea debe realizarse desde una óptica longitudinal (y no solo transversal) y desde una perspectiva interdisciplinar (no solo biomédica y salutogénica), enfatizando en los aspectos relativos al bienestar y a la calidad de vida (ONU, 1998; 2002).

### **Modelo salutogénico**

En los años setenta comenzó a desarrollarse el modelo salutogénico, basándose en las siguientes premisas:

- El énfasis se realiza sobre los orígenes de la salud y el bienestar.

- La principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar.
- La hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos (Antonovsky, 1979).

Con ello quedan patentes dos ideas fundamentales, por un lado la necesidad de seguir trabajando en este aspecto (envejecimiento activo) y lo más importante, hacerlo desde la interdisciplinaridad como ya se ha venido señalando. El concepto de envejecimiento activo implica una concepción de la vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica y desde luego, mucho más creativa y saludable.

La influencia de la tradición de los recursos gerontológicos y la influencia de los estereotipos sobre la vejez (que no solo afectan a la sociedad en general, sino también a todos los profesionales y por supuesto a las familias), hacen que la mayoría de las intervenciones, al igual que la literatura científica, estén marcadas por una visión que incide en los déficits y limitaciones de la vejez. Es evidente que hasta hace poco tiempo se ha trabajado menos o con menor incidencia en líneas de trabajo favorecedoras de las capacidades y oportunidades de los mayores, así como de su participación activa en la familia y en la sociedad.

Aunque existen cada vez más evidencias de la interacción biopsicosocial de la persona, la realidad es que en nuestro contexto social y científico continúa sin creerse demasiado en ella. De hecho, se sigue poniendo más énfasis en los factores de salud física y mental que en aspectos más socioafectivos, y en la influencia que estos pueden desempeñar en los otros dos.

No podemos dejar de omitir otro concepto clave de toda intervención con mayores: el de calidad de vida (no en vano, el envejecimiento activo también lo establece como objetivo). Sabemos que la calidad de vida supone el ajuste entre las exigencias, las necesidades y las oportunidades del individuo, tal y como son percibidas por él mismo y por la sociedad (Corraliza, 1987). Así, la influencia de la calidad ambiental en la calidad de vida se presenta como otro eje sobre el que poder articular cualquier intervención, ya que la riqueza del entorno permitirá que los recursos se conviertan en auténticas oportunidades para los mayores, algo imprescindible para la promoción del envejecimiento activo.

Otro de los conceptos fundamentales para comprender la idea de calidad de vida es el relacionado con el disfrute subjetivo de la vida, dentro del cual se encuentra la noción de “felicidad”.

Entendemos por felicidad el grado con el cual una persona evalúa la calidad total de su vida presente (la apreciación de la vida que lleva). Como dijo Maureen Lassen:

#### **Modelo biopsicosocial**

El modelo biopsicosocial o enfoque participativo postula que los factores biológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel fundamental a la hora de abordar contextos relativos a la enfermedad o la discapacidad.

"La felicidad no es solamente relativa a las circunstancias de nuestra vida sino también a cómo percibimos esas situaciones."

Lassen en Bermejo, 1993; 2010.

Esta amplia evaluación de la vida abarca todos los criterios de la persona: cómo se siente, cómo se cumplen sus esperanzas, cómo de deseables encuentra que son, etc.

Aunque queda mucho por ahondar sobre la felicidad, lo que sí podemos establecer es que nos permite:

- Estimular el compromiso activo y por tanto la participación.
- Facilitar las relaciones sociales.
- Amortiguar el estrés, preservando así la salud.

Pero a pesar de insistir en trabajar en una vejez activa, autónoma, y con calidad de vida, en la que se reconozca la variabilidad y las diferencias existentes entre las personas mayores, continúa vigente la existencia de estereotipos y prejuicios sobre esta etapa vital.

Estos estereotipos y prejuicios actúan no solo explícitamente a través de opiniones y juicios, sino que lo hacen también de forma implícita; es decir, las personas no somos siempre conscientes de ello, incurriendo en muchas ocasiones en comportamientos discriminatorios por razón de edad (Naciones Unidas, 2002; OMS, 2002).

## 7. Estereotipos y vejez: una visión sesgada de la realidad

Allport (1968) es el autor de una de las primeras aproximaciones al tema del prejuicio, que ha servido de base para el desarrollo de prácticamente todas las teorías posteriores, a pesar de haber recibido críticas por olvidar algunos aspectos socioculturales en su análisis. Según este autor, el prejuicio social es:

"[...] una actitud hostil hacia una persona que forma parte de un grupo, simplemente por su pertenencia, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades que son atribuidas al grupo."

Allport, 1968, pág. 22.

Es decir, que por ser mayores, por pertenecer a este grupo social, se atribuyen características y cualidades que suponemos son "propias" del grupo (personas enfermas, dependientes, sin motivaciones, improproductivas, cascarrabias, etc.).

En aportaciones posteriores, Jones define el estereotipo como:

"[...] el juicio negativo previo de los miembros de una raza o religión o los ocupantes de algún otro rol social significativo, con indiferencia de los hechos que lo contradicen."

Jones en Brown, 1966, pág. 6.

Y más recientemente, según Brown se trata de:

"[...] la posesión de actitudes sociales o creencias cognitivas despectivas, la expresión de afectos negativos, el despliegue de comportamientos hostiles o discriminatorios hacia miembros de un grupo a causa de su pertinencia a ese grupo."

Brown, 1966, pág. 8.

Según lo expuesto, los estereotipos sociales se originan según un proceso cognitivo básico de categorización, que se produce cuando percibimos y estructuramos el medio que nos rodea. Ese proceso de categorización tiene como finalidad poder simplificar la complejidad del entorno que nos rodea.

Se trata de un proceso activo, que puede llegar a mantener el sistema de valores predominante en un grupo, sociedad o cultura particular. Los estereotipos no solo tienen funciones cognitivas, sino que contribuyen a la creación y mantenimiento de ideologías de grupo, que explican o justifican acciones sociales contra esos grupos externos.

Las funciones principales de los estereotipos son (Díaz-Aguado, 2003, pág. 72-73):

- 1) Función cognitiva para simplificar la complejidad de los estímulos del medio ambiente (nuestro entorno). Son la consecuencia de una economía cognitiva. Guían nuestra interpretación de la realidad y crean una memoria selectiva.
- 2) Ayudan a formar la identidad social.
- 3) Contribuyen a la creación y mantenimiento de las ideologías de grupo.
- 4) Explican o justifican una variedad de acciones sociales contra otros grupos externos. Ayudan a explicar la conducta del endogrupo de la mejor manera posible.
- 5) Contribuyen a establecer relaciones (causa-efecto) entre fenómenos que ocurren simultáneamente (por ejemplo, cuando se relacionan el desempleo y la droga con la llegada de inmigrantes).

Igual que hablamos de las funciones de los estereotipos, podemos establecer que algunas de las características más importantes de los mismos (Díaz Aguado, 2003) son:

- 1) Se suponen o inventan ideas sobre el exogrupo, pero se presentan de forma razonable porque se asocian estrechamente a determinadas características observables.
- 2) Por el hecho de centrar la atención en las diferencias entre el endogrupo y el exogrupo, conducen a una percepción exagerada de las diferencias en detrimento de las semejanzas. Se asocian determinadas características a un grupo como si otros grupos no pudieran compartirlas también.
- 3) Cuando construimos un estereotipo tendemos a sobreestimar la presencia de un determinado atributo en un grupo y a subestimar la presencia de un elemento que vaya en la dirección contraria de ese estereotipo.
- 4) Los estereotipos sesgan las respuestas incluso de los sujetos que conscientemente dicen rechazarlos. Es lo que se denomina estereotipaje implícito.
- 5) Un estereotipo negativo omite o suprime cualquier comportamiento positivo, y se suelen adscribir a grupos minoritarios (mujeres, inmigrantes, mayores, adolescentes...).

Ahora bien, en lo referente a la promoción del envejecimiento activo y al abordaje de la vejez, lo más importante es que los estereotipos nos afectan a todos (profesionales, familiares, ciudadanos...), influyendo en la forma en la que percibimos y tratamos al grupo.

La vejez, en palabras de Simone de Beauvoir, es un conjunto de conceptos, roles, y conductas, dotados de un significado y simbolismo particular, el cual es construido de forma dinámica por los diversos actores de una sociedad (Beauvoir, 1983). Por lo tanto, se deduce que los parámetros socioculturales determinarán, en gran medida, qué entendemos por envejecimiento y qué juicios valorativos le atribuimos a dicho fenómeno.

En el caso de la cultura occidental, la vejez se ha ido configurando, particularmente desde fines del siglo XIX, como una etapa vinculada al ocaso vivencial y a la marginación social. Es decir, la vejez se visualiza llena de estereotipos y prejuicios, como una fuente de preocupación y de carga para la sociedad, en contraste con la juventud comúnmente presentada como ejemplo de lo saludable, de lo bonito, lo deseable y lo vital.

Y es precisamente en base a esta idea del envejecimiento, sobre la que se ha edificado el retrato social del significado de la vejez y su abordaje o tratamiento.

## 8. Imagen social del envejecimiento

La imagen social acerca de lo que significa ser viejo se ha construido sobre la base de tabúes, miedos y prejuicios (carcamal, senil, enfermo...). A pesar del cambio de enfoque que hemos visto que introduce el concepto de envejecimiento activo, trabajando en la idea de una vejez competente, satisfactoria y con calidad de vida, aún persisten los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y la vejez, lo que condicionan el tipo de relaciones que se establecen tanto de manera interpersonal como laboral o profesional.

Las concepciones o percepciones que un determinado sector de población tiene sobre la vejez dependen, en cierta medida, del propio hecho multidimensional y heterogéneo que supone la vejez. Sin embargo, gran parte de esas concepciones proceden, también, de falsas o incompletas informaciones, de mensajes percibidos subliminalmente, así como de asociaciones negativas establecidas a lo largo de la vida –por ejemplo los binomios entre vejez y enfermedad, vejez e improductividad o vejez e inactividad– (Fernández-Ballesteros, Hernández, Llorente, Izal, Pozo y De la Calle, 1992).

La imagen social de la vejez tiene que modificarse y actualizarse, adecuándose a la realidad existente. Las generalizaciones y los mitos acerca del envejecimiento y las personas mayores tienden a exagerar los problemas o dificultades que acompañan a este natural proceso de cambios.

La información objetiva acerca del envejecimiento rara vez es expuesta en las familias presentada a la población de una manera natural y realista, lo que contribuiría en gran medida a desmitificar el envejecimiento (Aristizábal-Vallejo, 1997, 2005; Harris y Dollienger, 2001; O'Hanlon y Brookover, 2002).

Para Lehr (1980) una persona es vieja, como en cualquier otro rol social, cuando los miembros del grupo social del que forma parte la consideran así, debido a que la aparición de los rasgos físicos asociados a la vejez contribuyen a uniformizar la percepción que los otros tienen sobre la misma.

De esta forma, los individuos, en cualquier tipo de sociedad, se saben viejos en primer lugar a través de los otros, aunque ellos sean reticentes a identificarse como tales, fenómeno que ocurre con mucha frecuencia, y que puede estar causado, en parte, por los estereotipos negativos y las connotaciones peyorativas que la etiqueta de viejo conlleva en nuestra sociedad (Bazo, 1990; Braithwaite, 2002).

Conseguir eliminar esos prejuicios mencionados tiene una triple utilidad:



- 1) Permite conocer y comprender mejor a los mayores (objetivo fundamental de nuestro trabajo).
- 2) Permite entender, aunque parezca una idea simplista y sin utilidad inmediata, cómo seremos nosotros mismos en un futuro.
- 3) Nos facilita el abordaje y el trabajo a desarrollar con este colectivo.

Ninguno de los mitos o estereotipos a los que se ha hecho referencia se sostienen de forma generalizada si lo contrastamos con la realidad; además, con demasiada frecuencia no se tiene conciencia del perjuicio que pueden producir estas ideas o atribuciones de carácter negativo, especialmente si estamos ubicados en el ámbito profesional.

Cada persona envejece de manera distinta, lo que resulta innegable y así lo hemos venido recalando; lo que tienen en común todos los miembros de esta colectividad es que forman parte de una categoría social, pero las personas que lo constituyen son únicas y diversas.

Para concluir con este apartado, hay que insistir en que si esta comprensión que se ha recalado es recomendable para cualquier ciudadano, es absolutamente necesaria para cualquier profesional que decida ejercer su profesión y su trabajo con el colectivo de mayores.

## **9. La vejez: interdisciplinaridad para su estudio y abordaje práctico**

Tal y como hemos planteado hasta el momento, es importante abordar la cuestión de la vejez desde una perspectiva interdisciplinar en la que se imponga como reto y desafío valorar socialmente al mayor como parte de un proceso social, además de percibirlo como un sujeto activo.

En ese proceso social, al igual que el resto de personas implicadas (trabajadores sociales sanitarios, médicos, familiares...), los mayores tiene el deber y la posibilidad de aportar sus experiencias y opiniones, así como poner a disposición de la sociedad en general sus propias potencialidades. Obviamente, no todas las personas tienen las mismas condiciones físicas, psicosociales y/o familiares de poder desarrollar y participar en ese proceso social de implicación y participación mencionado.

Y dado que no existe una única ciencia de la vejez que nos facilite un conocimiento sistemático de la misma (y de todos sus componentes), es necesario un esfuerzo por integrar las aportaciones de las diversas disciplinas implicadas en su estudio, conocimiento y por supuesto, intervención profesional. Hablamos, una vez más, de la importancia de trabajar de forma coordinada e interdisciplinaria.

Con ese sentido de integración, los enfoques basados en la teoría del ciclo de vida se muestran como formas de pensar que nos ayudan a reconocer la manera como nuestras acciones forman parte de un gran sistema de actos.

En este contexto, a finales de la década de los setenta del pasado siglo, un grupo de autores europeos fundamentalmente alemanes (como Hans Thomae o Paul Baltes) y estadounidenses (Warner Schaie o John Nesselroade) plantean una nueva forma de estudiar el envejecimiento, de manera que primara su abordaje como un proceso integrado dentro del conjunto de la trayectoria vital humana. Esta alternativa es, más que una teoría formal, un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluidas las últimas décadas de la vida (Pinazo Hernandis y Sánchez Martínez, 2005).

Aunque los autores suelen enfatizar diversos principios, el enfoque del ciclo de la vida humana se basa en:

- 1) La defensa de una visión compleja del desarrollo (se trata de un continuo que afecta a todas las etapas de los individuos).

2) El acento en la cultura y la historia (contexto social) como factores que determinan trayectorias evolutivas.

3) El énfasis en la adaptación como aspecto clave del desarrollo a lo largo de la vida (contextos sociales e interacciones).

Esta perspectiva contribuye a nuestro entendimiento del desarrollo humano, postulando mecanismos por los que aprendemos y adaptamos nuestras conductas. El enfoque del ciclo de la vida asume que hay tareas de desarrollo y emocionales que son comunes y que todos vivimos en cada una de nuestras etapas vitales (Lishman, 2009).

Pero el análisis de la vejez y su trabajo debe realizarse desde distintas disciplinas científicas, con el fin de que compartan nociones conceptuales y métodos similares, que permitan construir una base conceptual unificada y sólida.

## 10. El trabajo social sanitario en la vejez

Sin dejar de reconocer el interés e importancia que las diferentes teorías han tenido en el ámbito de la vejez en general, en trabajo social sanitario la teoría de la que nos nutramos además de necesaria, ha de ser cercana; nuestra intervención debe ampararse en teorías que, aunque importadas, no deben estar descontextualizadas y especialmente, útiles (nuestra profesión tienen una orientación práctica que, a través de la teoría, da sentido a nuestra disciplina).

El trabajo social sanitario es una profesión y una disciplina científica que aporta al estudio sobre la vejez una clara orientación práctica, una acción e intervención reflexiva y profesional, así como una metodología propia (Martín García y Bravo Jiménez, 2007, pág. 48). Nos estamos refiriendo a un trabajo social que debe comprender qué representan las necesidades de los mayores enfermos, con problemas de salud, que en ningún caso son de ámbito unidimensional; hablamos de necesidades y demandas multidimensionales, esto es: personales, culturales, sociales, relacionales, físicas, intelectuales, emocionales, familiares, económicas, médicas, etc.

Estas demandas multidimensionales se relacionan directamente con otro aspecto que ya hemos visto: el estudio y trabajo de la vejez no puede ser explicado ni abordado desde una sola disciplina (interdisciplinaridad); debemos tener en cuenta las tres dimensiones básicas y esenciales de su abordaje, es decir, un componente físico, un componente psicológico y un componente de tipo social.

Pero a un nivel que podríamos denominar como más operativo o práctico, podríamos hablar de una intervención del trabajo social sanitario en el ámbito de la vejez desde cinco dimensiones (o atenciones). Una atención directa, una atención indirecta, una atención enfocada a la gestión, planificación y organización de centros y por último, la dimensión relacionada con el ámbito de la formación y la investigación (Martín García y Bravo Jiménez, 2007, pág. 61-72).

**1) Atención directa:** se trata de trabajo social sanitario de tipo individual y/o familiar, así como grupal.

Este tipo de atención responde a las necesidades y demandas de los individuos o grupos de personas mayores que están o pueden estar en riesgo de presentar problemas o dificultades de ámbito biopsicosocial. El fin último de este tipo de atención es poder facilitar a los propios sujetos (mayores) y a su entorno (familias), el afrontamiento autónomo de futuros problemas, así como facilitar la integración en sus propios espacios y entornos. Hablamos de cinco funciones:

a) Función preventiva (adelantarse y prever posibles situaciones de riesgo y/o conflicto).

b) Función promocional (desarrollar y descubrir las capacidades naturales de los mayores y su entorno, para reducir al máximo las posibles dependencias).

c) Función asistencial (trabajar para reforzar, por diferentes vías, medios y recursos, las capacidades resolutivas que están mermadas o anuladas en los mayores y/o en sus entornos).

d) Función rehabilitadora (cooperar, orientar a quienes han sufrido algún tipo de disminución de tipo físico, psíquico y/o social, sustituyendo aquellas carencias que impiden el normal desempeño de su vida o de su integración social).

e) Función informativa (asesorar y/o informar sobre derechos y recursos para las personas mayores o familiares, ya sean o no, planteados en sus demandas).

2) **Atención indirecta:** actuaciones e intervenciones del trabajo social sanitario realizadas fuera de las relaciones interpersonales y que hacen referencia a las siguientes funciones:

a) Funciones de coordinación (optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención).

b) Trabajo comunitario (potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de problemáticas sociales).

c) Función de gestión (orientada a la tramitación de recursos para la atención e intervención social).

d) Función de documentación (diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del trabajo social sanitario; ficha social, historia social, informe social, registro de intervenciones, programas individualizados de atención -PIA-, etc.).

e) Planificación y evaluación (diseño de planes, programación, servicios y políticas sociales).

3) **Dirección, gestión, planificación y organización** de centros de mayores: se trata de centrar el trabajo en la dirección y gestión de los recursos humanos (supervisión, apoyo, soporte técnico, dirección y organización), así como en la formación de los profesionales (desarrollo de competencias y capacitación, así como la facilitación del reciclaje profesional).

**4) Formación, docencia e investigación:** desarrollo de enseñanzas tanto teóricas como prácticas de trabajo social sanitario, no ya solo en el ámbito universitario sino en cualquier otro ámbito académico (cursos de formación, másteres, posgrados, etc.).

Todas estas dimensiones y funciones, tanto directas como indirectas, de gestión o formación, se desarrollan en la intervención sociosanitaria y van dirigidas a movilizar los recursos formales e informales del entorno de la persona en la tercera edad, con la finalidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas.

Podríamos concluir diciendo que en realidad se trata de velar por la calidad de los servicios ofertados, así como impulsar la creación de apoyos para los familiares que se ocupan del cuidado de los ancianos en general, y de las personas mayores dependientes en particular (Fontanals y Bonet, 2003).

Y precisamente en este punto, cuando mencionamos el apoyo a los familiares, a las familias, es cuando se hace necesario que nos detengamos y centremos nuestra atención en este importante componente en la relación e intervención personal y profesional con el mayor.

## 11. Vejez y familia

Envejecer, ya hemos visto, es un proceso único para cada persona. Es importante entender que en esa particularidad lo que sucede alrededor de la persona (la familia), puede mejorar o empeorar la calidad de vida en dicho proceso.

Para la familia es crucial asumir esta última idea (la importancia del entorno), dado que constituye la esfera principal en la que se sitúa un gran número de población mayor. Es en sus manos, por lo tanto, donde se puede procurar un envejecimiento satisfactorio o insatisfactorio para sus miembros.

Según datos del IMSERSO (2011), el 87,3% de las personas mayores en España prefiere vivir en su casa aunque sea solo; el 84% viven acompañados y solo el 16% viven solas (la mayoría son mujeres que viven en el medio rural).

El 47% de las personas mayores viven en hogares formados por dos personas; de ellos, más de la mitad viven con su cónyuge y el 37% de 80 años viven con sus hijos; un 68% de las personas tienen contacto diario con sus hijos y un 37% con sus nietos.

En cuanto a las interacciones familiares, las personas mayores se sienten satisfechas con sus relaciones en un 89% (en el 2006 era de un 93%); y con relación a los apoyos afectivos y emocionales, solo el 27% teme a la soledad y un 18% a perder a sus amigos y/o familiares.

Suele pensarse que los lazos familiares entre generaciones se han debilitado en las sociedades actuales, debido a los cambios y transformaciones experimentados en la demografía y en la evolución de la propia familia como entidad; pero en realidad lo que ocurre es que la familia y los contextos familiares atienden y cuidan de otra manera, pero siguen siendo el centro de atención a los mayores (IMSERSO, 2011).

Hoy en día la familia sigue siendo el principal soporte de las personas mayores, especialmente de aquellas que presentan dependencia, entre otras razones, por el sentimiento generalizado de que la asunción de los cuidados forma parte de las obligaciones familiares, y por la creencia de que los cuidados que ofrecen las familias son los mejores.

Esta protección social “invisible” está constituida sobre todo por mujeres (83% de los cuidadores no profesionales), que presentan un perfil con un nivel socioeducativo y económico bajos y que además son responsables de otras cargas familiares.

La estructura y la dinámica familiares actuales no son como las de hace tres décadas. Han cambiado los modelos tradicionales de familia y, como consecuencia, nos enfrentamos a la desestabilización en la continuidad de los cuidados, mal llamados, informales.

Las políticas sociales, orientadas al cuidado comunitario, refuerzan la idea de que la familia es el lugar idóneo de atención, aunque este discurso no venga acompañado de recursos reales de soporte. El resultado, en muchos casos, se traduce en una sobrecarga de los cuidadores y en la aparición de factores de riesgo, que pueden dar lugar a situaciones de vulnerabilidad, como los malos tratos o la desatención (Moya Bernal y Barbero Gutiérrez, 2005).



## 12. Superación de barreras y comunicación afectiva

Si tal y como hemos concluido en el apartado anterior, las familias siguen siendo una pieza clave en la atención, cuidado y trabajo con mayores, es precisamente en su contexto donde se deben abordar muchas de las dificultades que surgen en las relaciones.

Edinberg (1987) plantea que existen barreras que no facilitan la vida en común dentro de la familia. Una de estas barreras la constituyen las nociones preconcebidas acerca de los más mayores; se acostumbra a decir, por ejemplo, que son rígidos, *no* escuchan, quieren controlar la vida de los demás, son egoístas, cabezotas, etc. Pero atendiendo a lo que ya hemos trabajado en referencia a los estereotipos y el estigma, estas características las puede presentar una persona a cualquier edad y no necesaria ni extensiblemente por el hecho de ser mayor.

Otra de las barreras a derribar o cuanto menos a superar es la referente a la comunicación; las destrezas o habilidades comunicativas son formas específicas de transmitir sentimientos, interrogantes y puntos de vista para crear una mejor comprensión y mejores relaciones.

De manera específica, Edinberg (1987) propone como indispensables cuatro destrezas relacionadas con la comunicación:

- destreza para intercambiar información,
- destreza para dar apoyo efectivo,
- destrezas para compartir sentimientos y
- destrezas para la confrontación.

Es fundamental, por tanto, que en las familias no se tomen decisiones sobre la vida de los mayores sin tener en cuenta los puntos de vista de quienes serán los más afectados.

La familia constituye el espacio socioafectivo que mayores posibilidades de apoyo puede ofrecer a sus miembros en el enfrentamiento y resolución constructiva de las tareas vitales, así como de las crisis previstas e imprevistas. El clima que allí se desarrolle podrá ser la mayor fortaleza con que cuenten, de manera especial, sus integrantes de más edad.

Comprender el proceso de envejecimiento, superar barreras que disminuyen la calidad de la vida familiar y comunicarse eficazmente constituyen, por tanto, puntos básicos sobre los que trabajar las relaciones de los mayores dentro de los contextos familiares.

### **13. Calidad y evaluación del trabajo social sanitario con mayores**

Una vez llegados al final del desarrollo de este contenido, tras hablar del envejecimiento, su desarrollo, componentes y abordaje desde el trabajo social, no podemos dejar de reflexionar, aunque sea introductoriamente, sobre la calidad, su medición y necesidad en lo que al trabajo y servicios con mayores se refiere.

La calidad como estrategia competitiva no es nada novedoso. Plantear que las personas o las organizaciones hagan las cosas lo mejor posible no es ningún descubrimiento. Nosotros trabajamos sobre la persona, sobre el mayor, no sobre los problemas en un ámbito genérico o abstracto; nuestras actuaciones se encaminan a la prevención y promoción de acciones que prevengan problemas sociales.

Ahora bien, para poder prevenirlos es necesario que desarrollemos programas interdisciplinarios que requieren, para su mejora y adecuación, una calidad creciente y constante. No puede existir una estructura de servicios y atención de calidad, dirigida a las personas mayores, sin sistemas de participación de los clientes (entendidos en un sentido amplio del término), tanto en la planificación, como la entrega y evaluación de dichos servicios (Barriga Martín, 2007, pág. 390).

Todos los servicios, los recursos o herramientas, así como los profesionales englobados en el desempeño de su actividad para el colectivo de mayores, tienen la obligación de que el funcionamiento (ético y acorde al cliente), sea asegurado mediante políticas de calidad aplicadas a dichos servicios.

Para llevar a cabo el desempeño de dicha tarea, es importante incidir en los siguientes puntos (Barriga Martín, 2007, pág. 395-396):

- 1) Verificar que toda la organización (estructuras y personal), comparten los mismos objetivos (trabajar por y para la persona mayor).
- 2) Identificar procesos críticos (procesos clave o importantes para la calidad de vida del mayor).
- 3) Describir contenidos e implicaciones (reflexionar, de manera crítica, sobre el contenido del servicio).
- 4) Estandarizar procedimientos esenciales (unificar las herramientas de trabajo, no así nuestras intervenciones profesionales. No podemos estandarizar una entrevista —cada entrevistado es diferente—, pero sí podemos unificar crite-

rios de recogida de información entre los diferentes profesionales de un servicio). Importante en este punto es asegurarse, de manera consensuada, que la estandarización es la adecuada.

5) Definir medidas e indicadores (la parte más costosa del proceso y que, necesariamente, ha de realizarse en equipo).

6) Revisar y evaluar (de forma continua y sistemática; con este procedimiento podremos adecuar el sistema de una forma mucho más óptima y adecuada).

Debemos tener presente, en todo proceso de calidad, la importancia que adquiere la participación de las personas mayores en el diseño, planificación, gestión y evaluación de los servicios que se les prestan (recordemos que trabajamos sobre la persona, primando su implicación y participación); con ello aseguramos la calidad de los servicios y de sus profesionales.

Podemos concluir resaltando que el trabajo social sanitario como disciplina (y los trabajadores sociales sanitarios como profesionales), debe afrontar el reto que supone la incorporación de sistemas de calidad en los servicios para mayores, tanto desde una perspectiva ética como desde la propia intervención social.

## 14. Aspectos finales

Hemos visto en el desarrollo de estas páginas, cómo el trabajo social sanitario con mayores se encarga del desarrollo de la investigación sobre las diversas problemáticas sociales relacionadas con la vejez, así como del diseño y aplicación de acciones encaminadas a lograr el bienestar del mayor en su contexto social, incidiendo sobre aspectos sociales, físicos, relacionales, familiares, etc.

A lo largo de todo lo expuesto, se ha tratado de conocer la realidad social de las personas mayores, para poder plantear una praxis profesional más centrada en los objetivos y funciones propias del trabajo social sanitario, encaminados, siguiendo las directrices de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, a la prevención y promoción de acciones que eviten problemas sociales.

El escenario actual en el que nos ubicamos nos presenta una población claramente orientada hacia un envejecimiento. A nivel social, encontramos una importante tendencia hacia la vejez con éxito, con estrategias basadas en la optimización, selección y compensación, que permiten a un gran número de personas mayores vivir con calidad y realizando de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria.

No obstante, aunque es necesario tener en cuenta esta visión positiva de la vejez, también hay que ser conscientes que, debido al actual crecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida, a partir de edades avanzadas aumenta considerablemente el número de personas que padecen algún tipo de imposibilidad, dificultad o discapacidad.

Hemos visto cómo aspectos relacionados con los estereotipos, los prejuicios o la comunicación o la interdisciplinariedad se presentan como factores clave para el abordaje de un trabajo social sanitario con mayores, eficiente y pleno.

En ese contexto, los trabajadores sociales sanitarios, como profesionales en este sector, perseguimos conocer y transformar la realidad de las personas mayores, contribuyendo en todo momento al bienestar de las mismas y a la promoción de sus potencialidades, trabajando por una intervención de calidad encaminada a una plena integración.



## Bibliografía

- Allport, G.** (1968). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ander-Egg, E.** (2010). *Cómo envejecer sin ser viejo*. Madrid: Editorial CCS.
- Antonovsky, A.** (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aristizábal-Vallejo, N. L.** (1997). *Educación gerontológica formación para la vida desde la infancia. Desarrollo Humano*. Santa Fe de Bogotá: McGrawHill.
- Aristizábal-Vallejo, N. L.** (2005). "Imagen Social de las Personas Mayores en Estudiantes Jóvenes". *Pensamiento Psicológico* (núm. 25, págs. 27-32).
- Badenas Pla, N.; López López, M.ª T.** (2010). *Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España*. Pamplona: Aranzadi.
- Badenas Pla, N.; López López, M.ª T.** (2011). "Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos". *Revista de servicios sociales* (núm. 49, págs. 107-125).
- Barriga Martín, L. A.** (2007). "Calidad y servicios para mayores". En: M. Martín García (ed.). *Trabajo social en gerontología* (pág. 390-396). Madrid: Editorial Síntesis.
- Bazo, M.ª T.** (1990). *La sociedad anciana*. CIS. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid: Siglo XXI.
- Beauvoir, S.** (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Bermejo García, L.** (1993). "Viva la jubilación. Reflexiones y sugerencias para comprender y vivir mejor la jubilación". *Colección Para Mayores* (núm. 7). Madrid: Popular.
- Bermejo García, L.** (2010). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Guía de Buenas Prácticas*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Braithwaite, V. A.** (2002). "Reducing Ageism". En: T. Nelson (ed.). *Ageism, Stereotyping and Prejudice against older persons* (pág. 311-337). Londres: A Bradford Book.
- Brown, R.** (1966). *Prejudice. Its social psychology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Corraliza, J.** (1987). *La experiencia del ambiente*. Madrid: Tecnos.
- Comisión Europea** (2010). *Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador*. Bruselas: Comisión Europea.
- Díaz-aguado, M. J.** (2003). "Interacción y multiculturalidad en el aula". En: P. Pardo; L. Méndez. *Psicología de la multiculturalidad*. Madrid: UNED.
- Durand, G.** (2000). *Lo imaginario*. Barcelona: Ediciones del Bronce.
- Edinberg, M. A.** (1987). *Talking with your Aged Parents*. Boston: Shambhala Publications, Inc.
- Eurostat** (2001). *Labour Force Survey Principal results 2000*. Statistics in focus, Population and Social Conditions, Theme 3-10/2001.
- Fernández-Ballesteros, R.; Hernández, J. M.; Montorio, I.; Llorente, M. G.; Izal, M.; Pozo, C.; de la Calle, A.** (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG. Editores.
- Fernández Ballesteros, R.** (2000). *¿Qué es la psicología de la vejez?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2008). *Psicología de la vejez una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA** (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Londres: UNFPA.
- Fontanals de Nadal, M. A.; Bonet Lluas, R.** (2003). *Una nueva visión del trabajo psico-social en el ámbito asistencial*. Barcelona: Herder editorial.

**Goffman, E.** (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* (10.ª reimpr.). Madrid: Amorrortu editores.

**Harris, A.; Dollinger, S.** (2001). "Participation in a course on aging: knowledge, attitudes, and anxiety about aging in oneself and others". *Educational Gerontology* (núm. 27, pág. 657-667).

**IMSERSO** (1997). *Plan Gerontológico*. Madrid: IMSERSO.

**IMSERSO** (2001). *Informe 2000. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de asuntos Sociales.

**IMSERSO** (2005). *Libro Blanco sobre la Dependencia*. Madrid: IMSERSO.

**IMSERSO** (2011). *Encuesta a mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política. Secretaría General de política social y consumo.

**Lishman, J.** (2009). "The human life-cycle". En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of social work* (págs. 160-164).

**Lehr, U.** (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

**Márquez-González, M.** (2008). "Emociones y envejecimiento". *Informes Portal Mayores* (núm. 84). Lecciones de Gerontología, XVI. Madrid: Portal Mayores. Recuperado el 10 de mayo del 2013 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>

**Montero García, I.; Bedman Moreno, M.** (2010). "Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores". *Polis: Revista Académica de la Universidad de Venezuela* (núm. 26, pág. 35-46).

**Moya Bernal, A.; Barbero Gutiérrez, J.** (2005). *Maltratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

*National Academy of Sciences -NAS-.org*. Recuperado el 10 de mayo del 2013 de <http://www.nasonline.org/>

**O'Hanlon, A. M.; Brookover, B. C.** (2002). "Assessing changes in attitudes about aging: personal reflections and standardized measure". *Educational Gerontology* (núm. 28, pág. 711-725).

**Organización de las naciones Unidas** (1982). *Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Nueva York: Viena United Nations Publications.

**Ortega y Gasset, J.** (1997). *Ensayos Escogidos*. Madrid: Ed. Taurus de bolsillo.

**Pérez Ortiz, L.** (2005). "Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España". *Perfiles y tendencias* (núm. 4, pág. 2-24).

**Pinazo Hernandis, S.; Sánchez Martínez, M.** (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson educación.

**Reichard, S.; Livson, F.; Peterson, P. G.** (1962). *Aging and personatily*. Nueva York: Wiley.

**Rowe, J. W.; Kahn, R. L.** (1997). "Successful Aging". *The Gerontologist* (núm. 37, pág. 433-440).

**United Nation and Internacional Association of Gerontology** (2002). *Research Agenda on Aging*. Nueva York: UN-IAG.

**UPD-Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España** (2012). *La crisis económica y la solidaridad familiar de los mayores*. Recuperado el 14 de mayo del 2013 de <http://www.mayoresudp.org/bddocumentos/Informe-IOP-mayo-2012-UDP.pdf>

**Villa, J. M.** (2013). "Voluntariado y personas mayores". *Congreso voluntariado y personas mayores* (núm. 317, pág. 33-36).

**OMS (Organización Mundial de la Salud)** (1996). *The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons*. Geneva: WHO.



**OMS (Organización Mundial de la Salud)** (1998). *Life in the 21st century, a vision for all* report of the Director-General. Geneva: WHO.

**OMS (Organización Mundial de la Salud)** (2000). *The World health report 2000*. Geneva: WHO.

**OMS (Organización Mundial de la Salud)** (2002). *Active Ageing*. Geneva: WHO.

**OMS (Organización Mundial de la Salud)** (2002). *WHO Regional Publications*. European series. N.97.

