

LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES EN ENTORNOS RESIDENCIALES EN LA ACTUALIDAD

THE SOCIAL NEEDS OF ELDERLY PEOPLE IN RESIDENTIAL SETTINGS TODAY

Silvia Patricia Cury (1) y Andrés Arias Astray (2)

(1) Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y Humanidades. Universidad Internacional de La Rioja

(2) Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El objetivo de este artículo es analizar las necesidades sociales específicas de las personas mayores en entornos residenciales institucionales. Para ello se describe, en primer lugar, el actual proceso demográfico y su influencia en el aumento de la población de edades muy avanzadas, que pueden sufrir situaciones de dependencia y discapacidad, y que requieren, por tanto, atención sociosanitaria de carácter institucional. Se analiza, a continuación, la definición del concepto de residencia, y las principales características de estos centros en España. Por último, presentamos algunos de los principales hallazgos de la investigación realizada en las 25 residencias públicas de la Agencia Madrileña de Atención Social, que muestran las características de estos centros, y permiten identificar las principales necesidades sociales de las personas mayores en este entorno especializado de intervención social.

Palabras clave: Personas mayores, Dependencia, Necesidades sociales, Residencias, Entorno institucional.

Abstract: The aim of this paper is to analyse the specific social needs of the elderly in institutional residential settings. To that end it first describes the current demographic process and its influence on the growth of the population of the very old, who may experience situations of dependence and disability and therefore require social health care of an institutional nature. It then analyses the concept of residential facility and the primary characteristics of this type of facility in Spain. Finally, it presents some of the main findings of the research conducted in 25 public residential facilities operated by the Agencia Madrileña de Atención Social (Social Care Agency of Madrid), which allow the characteristics of these facilities to be identified and point to the main social needs of the elderly in this specialised social intervention setting.

Keywords: Elderly, Dependency, Social needs, Residential facilities, Institutional environment.

| Recibido: 03/05/2017 | Revisado: 20/12/2017 | Aceptado: 10/01/2018 | Publicado: 31/01/2018 |

Correspondencia: Silvia Patricia Cury. Profesora Colaboradora. Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y Humanidades. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Email: silvia.cury@unir.net.

Referencia normalizada: Cury, S.P., y Arias, A. (2018). Las necesidades sociales de las personas mayores en entornos residenciales en la actualidad. *Trabajo Social Hoy*, 83, 105-122. doi: 10.12960/TSH.2018.0006.

Notas: En este trabajo, y para evitar en la medida de lo posible la fatiga del lector, se ha decidido emplear de manera sistemática el concepto “trabajador social”, en vez de la forma “trabajador/a social”. Consideramos que, en este trabajo, la expresión “trabajador social” debe entenderse como una forma gramatical masculina, pero “no marcada”, esto es, “inclusiva” desde el punto de vista del género, mientras que “trabajadora social” constituye una forma gramatical “marcada” que excluye a los varones que también existen en nuestra profesión. Esta investigación ha sido posible gracias a la confianza, el interés y el compromiso de la Agencia Madrileña de Atención Social, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid con este proyecto. Por ello, nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Américo Puente Berenguer, Gerente del Servicio Regional de Bienestar Social, a los Dres. Diego Trinidad Trinidad y Primitivo Ramos Cordero y a D. José Luis Gayoso, que han auspiciado y posibilitado el buen curso de esta investigación, facilitando y apoyando, en todo momento nuestro trabajo. Y a todo el equipo de trabajadores sociales en ejercicio en las residencias de la AMAS que, con su trabajo, su dedicación y su total entrega a este proyecto, han dado sentido a la investigación, y sin los cuales los objetivos de la misma hubieran sido inalcanzables.

1. EL PROCESO DE CAMBIO DEMOGRÁFICO

El proceso de cambio demográfico que se experimenta en la actualidad en todos los países del mundo constituye, para algunos autores, “el más importante cambio experimentado por la especie humana en toda su historia” (Pérez, 2011, p. 37). Las previsiones de que la esperanza de vida continúe incrementándose en las próximas décadas, junto con la disminución de la tasa de natalidad, constituyen los dos factores fundamentales de la actual estructura poblacional, semejante en todos los países desarrollados o en vías de desarrollo (United Nations, 2015). Tomando como referencia el hecho de que hasta principios del siglo XX ninguna población humana había superado los 35 años de esperanza de vida media, y que esta actualmente se sitúa por término medio en más de 71,4 años, superando los 80 en algunos países -entre los que se encuentra España- vemos claramente la dimensión del cambio demográfico (Organización Mundial de la Salud, 2016).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que sin embargo afecta de manera distinta a diferentes regiones, siendo Europa el continente más envejecido y África el más joven. Según las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (2015), en Europa, el 24 % de la población ya tiene 60 años o más y se proyecta que esa proporción alcance el 34 % en 2050, y el 35 % en 2100. En todo el mundo, el número de personas de 60 años o más será más del doble para 2050, y más del triple en 2100, pasando de 901 millones en 2015 a 2 100 millones en 2050 y 3 200 millones en 2100. El 66 % del aumento entre 2015 y 2050 ocurrirá en Asia, el 13 % en África, el 11 % en América Latina y el Caribe, y el 10 % restante en otras zonas.

Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique en 2050, y que aumente más de siete veces en 2100. El número de personas de 80 años o más aumentará en 434 millones en 2050 y en 944 millones en 2100 (United Nations, 2015).

Dentro de este fenómeno demográfico destaca el hecho de que la población mayor de 80 años es una de las que mayor crecimiento está experimentando tanto mundialmente como en España. Y es, precisamente, a partir de esa edad (más de 80 años) cuando los expertos comienzan a cifrar el umbral actual de la vejez, que relacionan directamente con el inicio de la pérdida de autonomía para el autocuidado y la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

España es en la actualidad, junto con Japón, el país con más población mayor de 65 años. Las residencias para mayores atienden a personas con una media de edad de 83 años, que presentan alguna situación de dependencia física, psicológica y/o social. El aumento del número de sujetos mayores de 80 años en la población española, y el riesgo de pérdida de autonomía que pueden padecer, otorgan especial importancia al análisis de sus necesidades específicas y a su atención en los centros residenciales. Por ello parece pertinente analizar con mayor detalle las características de la actual situación demográfica española, y de las previsiones para las próximas décadas.

2. LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN ESPAÑA

El proceso de cambio en la estructura demográfica en España se ha visto acentuado y acelerado por el acusado descenso de la natalidad desde la década de los años 70, y por el aumento de la longevidad que, en menos de 30 años, ha duplicado el número de personas mayores de 65 años (Parapar et al., 2010; Lorenzo, 2011a). En términos generales, España presenta una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo: 82,67 años en el año 2015, 79,9 los varones y 85,4 las mujeres (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2015).

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (2016), el porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 18,7 % del total de la población, pasaría a ser del 25,6 % en 2031, y del 34,6 % en 2066. De mantenerse las tendencias actuales, la tasa de dependencia (el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría desde el 53,5 % actual hasta el 62,2 % en 2031, alcanzando el 87,7 % en 2066. La población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasaría de las 16 460 personas actuales a más de 222 104 dentro de 50 años (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

La esperanza de vida al nacer alcanzaría los 88,60 años para los varones y los 91,64 para las mujeres. Dicho de otro modo, aumentaría aproximadamente en 8 años para los varones y en 6 para las mujeres. Esto significaría que se reduciría en dos años la actual diferencia entre las esperanzas de vida femenina y masculina. Disminuiría, aunque ligeramente, el fenómeno de feminización del envejecimiento de este grupo de población debido a que se reducen las diferencias entre los hábitos y el estilo de vida de hombres y mujeres (European Commission, 2010; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2015).

Este fenómeno de incremento constante de la población de personas mayores de 80 años, denominado por Pérez (2003, p. 205) “vejez de masas”, responde al hecho de que en la actualidad el descenso de la mortalidad “beneficia” no solamente a las personas hasta la edad de jubilación, sino también a las personas con edades mucho más avanzadas. Los avances sociales y sanitarios, y las mejoras en la calidad de vida en general, son la causa directa de la longevidad. Pero es en la actualidad cuando estas mejoras están alcanzando a una proporción cada vez mayor de personas en España. En este sentido, baste destacar que en la primera década del siglo XXI las personas mayores de 85 años doblan en número al mismo grupo de personas en el año 1986. Por ello, e independientemente de cómo evolucionen los demás elementos que configuran la pirámide poblacional, el incremento del número de personas de más de 85 años en las próximas décadas constituirá en España un fenómeno de dimensiones semejantes al que Pérez (2003, p. 11) denominó “madurez de masas”, cuya principal característica fue la democratización de la supervivencia hasta la madurez.

A partir de estos datos de la situación demográfica en España, y de las previsiones para las próximas décadas, resulta evidente que “el envejecimiento tiene un carácter estructural en España” (Lorenzo, 2011a, p. 8). Por ello, más allá de los avances médicos, que previsiblemente continuarán aumentando las posibilidades de disfrutar de una buena salud, sin problemas de dependencia hasta edades muy avanzadas, son las políticas sociales las que deberán garantizar la cobertura de las necesidades de la población mayor dependiente. Aun considerando que en España el apoyo familiar continúe siendo un pilar importante en la provisión de estos cuidados, y de que además se haga necesario mejorar la oferta de servicios de apoyo socio-sanitario que permita a las personas mayores permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible, resulta indudable que parte de la demanda de los cuidados de larga duración que requerirá la población mayor de 80 años deberá ser prestada por la red de residencias y otros alojamientos para personas mayores (Rodríguez, 2007).

3. EL ENVEJECIMIENTO Y LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES

Actualmente, los avances en medicina, y la mejora continua de los factores ambientales, como son, por ejemplo, la alimentación, el ejercicio, la educación y el acceso a los diferentes servicios sociales, han logrado retrasar la aparición de muchas enfermedades y procesos degenerativos asociados al envejecimiento o, en muchos casos, reducir y paliar sus consecuencias. Esta mejora ha significado que el aumento de dicha esperanza de vida corra parejo a un importante descenso de la morbilidad, es decir, “de los años vividos con mala salud” (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012a, p. 32). Este éxito alcanzado respecto de la supervivencia hasta edades muy avanzadas supone, no obstante, que las sociedades han de enfrentarse al problema

del envejecimiento que conlleva, en muchas ocasiones, deterioro físico y cognitivo, y puede suponer la pérdida -en mayor o menor grado- de la autonomía de la persona mayor para hacerse cargo de su autocuidado.

Afortunadamente, la dependencia física que podemos asociar directamente con el envejecimiento se encuentra ahora, en la inmensa mayoría de los casos, asociada a edades muy avanzadas, aproximadamente a partir de los 80 años. Hasta ese umbral de edad, es habitual que la salud de las personas mayores sea buena o muy buena (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012a).

Sin embargo, en el grupo de 85 y más años, el 82,08 % tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,05 % de los hombres y el 89,73 % de las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Por ello, el envejecimiento de la población de personas mayores tiene implicaciones que van más allá del ámbito estrictamente demográfico, y se relacionan directamente con el grado de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012b).

No obstante, si bien la pérdida progresiva de autonomía a partir de este rango de edad está directamente relacionada con la aparición de enfermedades degenerativas, y con las condiciones de salud en general, también influyen de manera decisiva las condiciones sociales y económicas de las personas mayores. La situación de dependencia tiene mayor incidencia cuando, al debilitamiento de la salud, se suman condiciones socio-económicas que no permiten a la persona mayor contar con recursos propios -familiares, sociales, y/o económicos- y siguen siendo los ancianos de los sectores más pobres de la sociedad quienes padecen con mayor frecuencia situaciones de dependencia que requieren asistencia formal por parte de las instituciones públicas.

En relación con la necesidad de cuidados de larga duración, el rápido y constante incremento de personas mayores de 80 años otorga especial importancia a las residencias, puesto que al menos una parte de la demanda de cuidados formales deberá ser prestada en este tipo de centros. En la actualidad el objetivo de una red pública de servicios que contemple la diversidad de recursos para la atención a las personas mayores es la principal recomendación de los expertos (Cordero del Castillo, 2006; Lorenzo, 2006; Rodríguez, 2007, 2011). Se propone tanto la extensión y mejora de los servicios de apoyo en el domicilio, o la extensión del uso de las residencias como recurso de estancia temporal, así como alternativas de alojamiento al modelo clásico de residencia, tales como: las viviendas compartidas entre personas jóvenes y mayores, la acogida heterofamiliar o las viviendas tuteladas, en función de la especificidad de sus diferentes situaciones y expectativas (Rodríguez, 2007, 2011). En muchos países de nuestro entorno, existe, además, una gran variedad de alojamientos alternativos a la residencia, tipo *housing*, que han sido diseñados

para personas mayores frágiles o en situación de dependencia (Croucher, Hicks and Jackson, 2006). Este tipo de alojamiento alternativo a la residencia busca ofrecer un modelo basado en la calidad asistencial, que responde a las siguientes metas fundamentales: “los principios, el diseño, el modelo de calidad de vida y la evaluación personalizada” (Riseborough and Fletcher, 2003). Tal como señala Rodríguez (2011) se trata de un modelo de atención integrada centrada en la persona, partiendo del respeto pleno a la persona mayor, “a su dignidad y derechos, a sus intereses y preferencias y contando siempre con su participación activa” (p. 14).

Pero, independientemente de que las estructuras públicas se desarrollen y permitan a las personas mayores permanecer en muchos casos en sus hogares, o en alojamientos alternativos con la atención adecuada, existirán personas mayores que, por elección propia, o por la alta especialización y el nivel de cuidados que necesitarán, encontrarán en el ámbito residencial el alojamiento necesario para mantener su calidad de vida.

En el entorno europeo, la experiencia ha mostrado que las residencias para personas mayores son un recurso imprescindible, sin menoscabo de todos los demás recursos asistenciales. En respuesta a la experiencia de las últimas décadas en los países desarrollados, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2006) se ha pronunciado respecto de la necesidad de construir residencias de calidad, aun otorgando la máxima importancia al derecho de las personas mayores a envejecer en casa. No obstante, ha destacado que las nuevas residencias deberán alejarse del modelo tradicional y ofrecer garantías de una alta calidad de vida, posibilitando que aquellas personas mayores en situación de dependencia que no cuenten con una suficiente red de apoyo social, o que escojan libremente esta opción residencial, reciban la atención que necesitan.

Recordemos, además, que el cambio demográfico arriba descrito ha tenido importantes consecuencias en la tradicional estructura familiar española: se reduce el tamaño medio de las familias y aumenta el número de hogares unipersonales, factores que pueden suponer el debilitamiento de las redes de apoyo familiar. Estos cambios en la estructura familiar pueden incidir negativamente en el cuidado de las personas de mayor edad, que requerirían mayores recursos públicos para su atención, de tal modo que las políticas públicas deberán abordar el diseño de programas y recursos que permitan hacer frente a un cambio demográfico y social del que no existe precedente en la historia de la humanidad (Cordero del Castillo, 2006; Lorenzo, 2006). Al mismo tiempo, se hará necesario hallar el equilibrio entre la red de apoyo familiar y la ayuda formal institucional, de tal modo que se asegure la calidad de vida tanto a las personas mayores que requieren de este tipo de atención institucional, como a sus familiares. En este sentido, el desarrollo de las instituciones residenciales no tiene por qué atentar contra la continuidad de las relaciones de apoyo familiar, sino que puede constituirse en un nuevo marco que permita y favorezca dichas relaciones (Lorenzo, 2006).

Las residencias para personas mayores han experimentado una rápida evolución durante las últimas cuatro décadas en España, como describimos en el siguiente apartado (Rodríguez, 2011). Se trata de un cambio que ha de ser considerado positivo, tanto por la nueva concepción de las residencias como centros abiertos de desarrollo personal para los mayores, como por la atención de carácter socio-sanitario y multidisciplinar que ofrecen, y los servicios con los que cuentan los centros residenciales. Sin embargo, el gasto público en protección social, que históricamente presentaba un retraso importante respecto de los países de nuestro entorno, ha disminuido durante los últimos años de crisis económica. En este sentido, las medidas de reducción y control del gasto público han tenido un importante impacto en la inversión en servicios sociales y, especialmente, en la red de servicios que favorecen la continuidad de las personas en situación de dependencia en sus domicilios (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2013a, 2013b). Los resultados del XI Dictamen del Observatorio de la Dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2013b) fueron muy negativos respecto del retroceso en prácticamente todas las prestaciones y servicios para la protección de las personas dependientes. En la actualidad, aunque se han contenido los recortes en el gasto social, no se han producido incrementos suficientes, y España tiene un gasto público 4,5 puntos inferior a la media europea (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2018).

Las residencias para personas mayores constituyen, no obstante, uno de los servicios sociales menos afectados por la actual situación económica española, y continúan siendo el recurso por excelencia para los ancianos que no cuentan con un grado de autonomía que permita su permanencia en el domicilio familiar (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2013b). Por ello, y en función de las previsiones demográficas para la población española en las próximas décadas, resultará indispensable la evolución de las políticas económicas y sociales que mejoren la calidad y la cobertura que ofrecen las instituciones residenciales (Cordero del Castillo, 2006; Lorenzo, 2006; Rodríguez, 2007).

Dada la relativa juventud histórica de las residencias para personas mayores en España, y habida cuenta de que es un concepto fundamental para nuestro análisis, abordamos seguidamente la definición del término “residencia”, así como la evolución y principales características de estas instituciones en la actualidad.

4. LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Por su amplitud y claridad hemos escogido la definición del concepto de residencia propuesta por Rodríguez (1995) y adoptada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004, p. 400) en el “Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación

de Dependencia”, que citamos a continuación: “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995, p. 39).

El análisis que esta autora realiza respecto de los diferentes elementos conceptuales que componen su definición resulta de especial relevancia para esta investigación. Así Rodríguez (1995, pp. 39-41) destaca que, en una residencia para personas mayores, el centro ha de ser considerado abierto en el sentido de que las personas mayores disponen de completa libertad para salir y entrar del mismo, ya sea por períodos más o menos largos durante el día, o por períodos vacacionales prolongados. Al mismo tiempo son abiertos puesto que se favorecen la entrada y participación continua de los familiares y allegados del residente, así como un intenso intercambio entre la residencia y la comunidad más cercana.

Para Rodríguez el desarrollo personal a lo largo de la vida debe constituir una de las prioridades de la institución residencial, y supone la existencia de un proyecto vital, entendido como una necesidad destacada de las personas mayores que viven en centros residenciales. Se señala también el carácter integral de la atención a las personas mayores en las residencias, la necesidad de una eficaz labor de coordinación socio-sanitaria y el papel de las estancias temporales. Las mismas, al facilitar la permanencia de la persona mayor en su domicilio, convierten la imagen de la residencia en un lugar de reposo, recuperación e incluso vacacional, y suponen una descarga de la demanda asistencial para los centros. Por último, Rodríguez dedica un apartado completo al análisis de la correcta distinción entre los conceptos de “dependencia” y de “autonomía” (1995, p. 41). Entiende la dependencia como un grado de necesidad para la realización de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, y la autonomía como la facultad humana de gobernar las propias acciones y la propia vida. Distinción importantísima, por cuanto el posible deterioro asociado a la edad muy avanzada no ha de implicar, en la mayoría de los casos, que las personas que conviven en residencias pierdan la libertad de ejercer su libre voluntad, ni que la atención o los cuidados que puedan necesitar se asocien a una actitud paternalista por parte de los profesionales, que aumente la situación de dependencia práctica, o menoscabe la dignidad y el bienestar personal de los residentes.

Vemos a continuación la evolución histórica y las principales características del actual desarrollo de las residencias en España.

5. EVOLUCIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

En las últimas cuatro décadas, los centros residenciales para personas mayores han evolucionado en función de los profundos cambios demográficos, sociales, económicos y políticos que ha experimentado la sociedad española. Después de la Segunda Guerra Mundial, en la mayoría de los países desarrollados comenzaron a establecerse políticas públicas de atención a las personas mayores, mientras que en España el tardío desarrollo del Estado del Bienestar supuso un importante retraso histórico a este respecto. La actual concepción de las residencias como recurso asistencial cuenta en España con una corta historia, que comienza aproximadamente en la década de 1970 y se encuentra todavía en un intenso proceso de cambio (Bazo, 1992, 2012; Tobaruela, 2003; López y López, 2007).

Según los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, (2015), en el año 2013, el número total de plazas residenciales para personas mayores en España ascendía a 371 064, distribuidas en 5 482 centros, lo que significaba una cobertura de 4,52 plazas por cada 100 personas mayores, por lo que más de un 4 % de la población anciana vivía en estos centros residenciales. El índice de cobertura de las viviendas para personas mayores es, sin embargo, de 0,12 por cada 100 personas mayores. Desde el año 2000, se han creado 155 908 plazas en Centros Residenciales, lo que supone un promedio de 11 993 anuales. Este incremento responde, en su mayor parte, al aumento de centros y plazas de gestión y financiación públicas, dato que pone de relieve el esfuerzo que estaban realizando las diversas administraciones para dar respuesta al aumento de demanda de plazas para personas mayores en centros residenciales (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2015). Destaca, además, el hecho de que el 97,27 % de las plazas en servicios de atención residencial corresponden a centros residenciales y solo el 2,27 % a otro tipo de viviendas para personas mayores. Por último, según estos datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, en el año 2013, las residencias atendían a más de 236 105 personas mayores, cuyo perfil socio-demográfico muestra un claro predominio de personas mayores de 80 años en situación de dependencia (67 %) y de mujeres (69 %), siendo la edad media de los residentes de 83 años.

El concepto de residencia ha evolucionado rápidamente en España, y comienzan a tener especial relevancia la calidad de los servicios, de las instalaciones, la formación especializada de los profesionales asistenciales, y la calidad integral de los programas de intervención de carácter interdisciplinar, que requieren de una adecuada y eficaz coordinación socio-sanitaria (Álvarez de Arcaya, 2007; Leturia, 2007; Rodríguez, 2011). En la actualidad, los centros residenciales en España buscan ofrecer una atención integral y cualificada en el área médica, de enfermería, recuperación funcional, terapia ocupacional, psicológica, educativa y social, en consonancia con las recomendaciones de los expertos a nivel nacional e internacional (López y López, 2007).

6. LAS NECESIDADES SOCIALES ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS MAYORES EN ENTORNOS RESIDENCIALES

En las últimas décadas, han cobrado protagonismo los estudios que destacan el papel de los factores sociales en la salud psíquica y física, la morbilidad y la discapacidad en la población, y de manera especial en la población de personas mayores (Gallardo, 2013; Kawachi, Kennedy, Lochner y Prothrow-Stith, 1997; Kim y Kawachi, 2006; Lorenzo, 2011b; Otero et al., 2006; Van der Wel, 2007). En el caso de las personas mayores institucionalizadas, es prácticamente imposible separar la incidencia de los factores sanitarios de los sociales (Millán, 2012).

Las conclusiones de los principales estudios realizados en España acerca de aquellos factores que inciden de manera más decisiva en el bienestar de las personas mayores, apoyan la corriente ideológica actual respecto de la importancia del tamaño de los centros, de la relación abierta entre la residencia y la comunidad, del clima y las relaciones sociales y de la participación activa de la persona mayor y de su red familiar en la vida de la residencia (Álvarez de Arcaya, 2007; Bazo, 1992; Montoro, 1999; Tobaruela, 2003; Leturia, 2007). Todos estos factores deberán ser tomados especialmente en cuenta en el diseño de las políticas públicas de las residencias para personas mayores.

En este sentido, y para ilustrar este apartado con un ejemplo práctico, cabe mencionar algunos de los principales hallazgos de la investigación realizada por Cury y colaboradores (2017a, 2017b) en las 25 residencias públicas de la Agencia Madrileña de Atención Social (en adelante: AMAS), cuyo objetivo general fue, precisamente, el diseño y la validación de un instrumento para el diagnóstico social en este entorno institucional especializado, que ha sido denominado con el acrónimo *IDIS.1* (Instrumento para el diagnóstico social). El estudio fue realizado con el auspicio de la AMAS, contando con la participación de los 40 trabajadores sociales en ejercicio en las 25 residencias bajo gestión de esta institución. En relación con el tamaño de las residencias, la capacidad de ocupación de cada centro varía de manera importante entre las 47 plazas de la Residencia más pequeña (San José) y las 604 plazas del centro con mayor capacidad (la residencia Dr. González Bueno). Por otra parte, las residencias de AMAS atienden a una población de aproximadamente 6 000 personas mayores, presenta un perfil mayoritario de mujeres (más del 70 %) con una elevada media de edad (86 años, aproximadamente) y un considerable grado de dependencia, hecho que supone un reto importante tanto para las familias como para los profesionales asistenciales y los gestores de los centros residenciales. Las residencias de AMAS responden a dicho reto tanto a través del aumento de número de plazas como mediante una cuidada dotación de servicios que se ciñe, en gran medida, a los criterios de calidad establecidos por Fernández (1996) en su Sistema de Evaluación de Residencias (SERA).

Por su importancia decisiva para la valoración de las necesidades sociales de las personas mayores, describimos a continuación una síntesis de las principales características físicas, arquitectónicas, organizacionales y el clima social percibido en las residencias analizadas. Los centros estudiados, con la única excepción de la Residencia de Villaviciosa de Odón, se encuentran ubicados en un entorno urbano o sub-urbano que facilita el contacto con la comunidad y, en todos los casos, existen parques en las inmediaciones, mientras que la gran mayoría cuenta con zona ajardinada propia. Por otra parte, las edificaciones en las que se ubican los centros presentan un aspecto muy cuidado, tanto en su estructura exterior como en todas sus dependencias. En todos los casos, los centros disponen de los servicios necesarios -tanto físicos como profesionales- atendiendo no solamente al bienestar físico -relativo al alojamiento y los cuidados sanitarios- sino también a los aspectos espirituales y sociales, como pueden ser los lugares de meditación, las bibliotecas y espacios informáticos, o los servicios de animación social y terapia ocupacional, así como la presencia de un consejo de residentes en el 100 % de los casos estudiados. Asimismo, en la práctica totalidad de las residencias existe la posibilidad de que los residentes personalicen sus habitaciones, y servicio de cafetería con acceso al público, que facilita la interacción con los familiares, amigos o visitantes. Todas las residencias permiten las visitas al residente durante todo el día, con la única excepción de los horarios dispuestos para las comidas principales y el tiempo de descanso de las personas mayores. Por último, la mayoría de las residencias (80 %) cuentan con un servicio de voluntariado, organizado y coordinado por los trabajadores sociales.

Por otra parte, cabe mencionar que se llevó a cabo la observación y el análisis del clima social percibido en las residencias sobre la base de la definición del concepto propuesta por Fernández (1996, p. 68), que citamos a continuación:

“Por clima social se entiende un conjunto de aspectos referentes a la cualidad percibida de las relaciones interpersonales que tienen lugar en un grupo humano, así como de las posibilidades de enriquecimiento individual y las condiciones organizativas presentes en su núcleo social”.

El clima social fue estudiado de la observación directa en el transcurso de las visitas realizadas en todos los centros. De esta forma, en la mayoría de los casos fue posible presenciar la interacción entre los trabajadores sociales y los residentes y sus familiares, así como las interacciones entre los propios residentes, y entre estos y sus familiares. En muchas ocasiones también se pudo visitar todo el entorno residencial, incluidas las habitaciones de los residentes. Como conclusión, puede señalarse que el clima social observado en las residencias públicas de AMAS es, en general, muy bueno. La excelente dotación arquitectónica y física, el entorno cuidado, y el constante proceso de reforma y mejora de la calidad de las instalaciones, ofrece a los residentes tanto espacios individuales como comunes, y un razonable grado de intimidad y de libertad

de movimientos -a pesar de tratarse de un entorno institucional/residencial- que facilita un grado satisfactorio de vida comunitaria para los residentes en los centros. Cabe destacar, sin embargo, que es en las residencias de menor tamaño donde hemos observado el mejor clima social puesto que el número más reducido de residentes -y por tanto de familiares- permite el establecimiento de un ambiente casi hogareño en estas residencias. Este hecho se ve naturalmente favorecido por la posibilidad del conocimiento y el contacto cercano y frecuente entre residentes, familiares, amigos y profesionales, por la mayor disponibilidad de tiempo de estos últimos, y por el hecho de que las edificaciones cuentan con dimensiones más adecuadas para el encuentro y las relaciones personales.

Un dato que cabe también destacar es la actividad comunitaria organizada por los trabajadores sociales en todos los centros, que contempla salidas organizadas de ocio, servicio de voluntariados, celebración de todos aquellos eventos sociales importantes para los residentes, y en los que se cuenta siempre con la participación de los familiares. Estas actividades dan cuenta de la importancia que, acertadamente, otorgan los profesionales a la interacción, no solo grupal dentro de los centros, sino a una permeabilidad comunicativa lo más frecuente posible entre los diversos entornos comunitarios y las residencias.

Consideramos por lo tanto que AMAS está realizando un esfuerzo importante en todos estos aspectos, y que los centros visitados cuentan con los recursos materiales, humanos y organizativos necesarios que garantizan el bienestar de las personas mayores.

7. CONCLUSIONES

Los resultados del análisis de las necesidades sociales de las personas mayores, realizado mediante entrevistas grupales focalizadas con los trabajadores sociales de AMAS mostraron que la situación individual de los mayores en las residencias reviste especial importancia para el diagnóstico social. De este modo, los trabajadores sociales señalaron la necesidad de la correcta valoración de los principales antecedentes biográficos de los residentes, de su situación jurídica y económica, de su estado de ánimo general y de su conducta, por la influencia de estas variables en todos los demás aspectos de su vida en las residencias.

Estos trabajadores sociales señalaron, también, la gran importancia del diagnóstico de la situación familiar de los mayores como una de las dimensiones fundamentales que el diseño del *IDIS.1* debía contemplar. En este sentido, los resultados de las entrevistas grupales focalizadas realizadas con los trabajadores sociales concuerdan con la importancia otorgada en la literatura a las relaciones familiares como fuente de solidaridad

y de apoyo entre sus miembros, destacando su función insustituible en el caso de las personas mayores (Casado, 2011; Montoro, 1999; Sarason, 1999, Pratt, Schmal, Wright y Hare, 1987; Maas et al., 1991). Por otra parte, algunos autores señalan el factor determinante que representa el apoyo y la participación activa de los familiares en las residencias (Barenys, 1989; Bazo, 1992; Montoro, 1999, y otros ya citados).

Del mismo modo, son numerosos los estudios que destacan la importancia del apoyo social de toda la red de personas significativas que, junto con la familia, constituyen un factor fundamental de bienestar y de promoción de la salud para los seres humanos, y, en particular, para las personas mayores (Barrón, 1990, 1996; Gallardo, 2013; Kawachi et al., 1997; Kim y Kawachi, 2006; Lorenzo, 2011a; Millán, 2012, Sánchez, 2002; Otero et al., 2006; van der Wel, 2007).

Nuestros resultados mostraron, además, que la situación institucional de los residentes constituía una dimensión de especial relevancia para la formulación del diagnóstico social. En este ámbito de intervención el entorno es un factor fundamental, y tanto el proceso de adaptación a la residencia como el bienestar social de los mayores a lo largo de su estancia en el centro dependen, en gran medida, de su relación (y de la de sus familiares) con los profesionales asistenciales, con los demás residentes, con las normas de convivencia y con un grado satisfactorio de participación en la vida comunitaria (Álvarez de Arcaya, 2007; Bazo, 1992; Montoro, 1999; Tobaruela, 2003; Leturia, 2007). La institucionalización en las residencias para personas mayores comparte las principales características de la “institución total” descrita por Goffman (1984). No obstante, las residencias tienen, actualmente, entre sus principales objetivos alejarse de esta concepción, y constituirse en “centros abiertos de desarrollo personal”, según la definición de Rodríguez (1995), citada en el apartado 4 de este trabajo.

Por otra parte, los resultados obtenidos del análisis grupal realizado concuerdan con la literatura, respecto de la necesidad de considerar tanto las dificultades sociales como las fortalezas de las personas, a efectos de fundamentar una eficaz intervención social (De la Paz, 2011; Early y Glenmayer, 2000; Hamilton, 1951; Khistardt, 1994; Martín, Miranda y Suárez, 1996; Perlman, 1957; Rapp, 1998; Richmond, 1930; Salebeey, 1992, 1996; Weick et al., 1989; Woods y Hollis, 1964). Todos los sistemas para el diagnóstico social en uso en la actualidad en España e internacionalmente destacan la importancia de considerar tanto las debilidades como las fortalezas de una determinada situación, para la correcta formulación del diagnóstico social (Gobierno Vasco, 2006, 2012; Karls and O’Keffe, 2008; Karls and Wandrei, 2008; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Wenger Clemons, 2014; Reese, et al., 2006). Cabe destacar que este enfoque ha sido objeto de alguna crítica en trabajo social, puesto que podría conllevar el riesgo de hacer recaer en las personas que acuden al trabajador social un peso mayor en la resolución de sus problemas, restando de este modo importancia al desarrollo de los necesarios recursos y políticas sociales (Gray, 2011). No obstante, el *IDIS. 1* ha adoptado la consideración de las fortalezas de las personas mayores en un

ámbito de intervención en el que se hace referencia, fundamentalmente, a las fortalezas y los recursos humanos de los mayores y de sus familiares. Recordemos que, en las residencias, tanto el alojamiento como la manutención o la atención sanitaria son aspectos gestionados institucionalmente, y que la situación económica de los residentes es menos decisiva que en otros contextos de intervención social. Cabe destacar que en el caso de las personas mayores las fortalezas personales, familiares y sociales cobran gran relevancia para la formulación del diagnóstico social, puesto que sus posibles necesidades sociales tienen, con frecuencia, relación con el peligro de aislamiento social en los centros, la escasez de red de apoyo familiar, la falta de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria o los problemas de salud derivados del proceso de envejecimiento. Por ello, los factores humanos, y sus fortalezas, son uno de los principales recursos que el trabajador social debe tener en cuenta a fin de diseñar una intervención posible y eficaz. Por último, el diseño del *IDIS.1* responde a la estructura de un sistema categorial, y su contenido se ha organizado en torno a las cuatro dimensiones fundamentales de diagnóstico social identificadas: individual, familiar, social e institucional, divididas en 15 subdimensiones, que agrupan las 83 categorías para la formulación del diagnóstico social en las residencias en función del grupo diagnóstico al que pertenece cada categoría. En la actualidad el *IDIS.1* es aún un instrumento inédito, y AMAS trabaja en el proceso de incorporar el contenido completo del instrumento para su uso regular en todas las residencias para personas mayores bajo su gestión.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez de Arcaya Vitoria, M. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. *Revista Española de Gerontología*, 42(Supl. 1), 75-85.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2013a). *XI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*. Obtenido de <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2013b). *Observatorio estatal para la dependencia*. Obtenido de <http://www.directoressociales.com/prensa.html>.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2018). *Informe sobre el Estado de la Nación 2017 ¿Nos están robando el futuro? Una sociedad dual instalada en la precariedad*. Obtenido de <https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2017/03/Informe-sobre-el-Estado-Social-de-la-Naci%C3%B3n.pdf>
- Barenys, M. P. (1989). Una perspectiva sociológica del envejecimiento. *Revista de Treball Social*, 116, 62-72.
- Barrón, A. (1990). Apoyo social: Definición. *Jano*, 38, 1086-1097.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bazo, M. T. (1992). Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico.

- Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 149-164.
- Bazo, M. T. (2012). El desafío del envejecimiento. En M. T. Bazo, *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa* (págs. 17-29). Valencia: Nau Llibres-Edicions Culturals Valencianes, S.A.
- Casado, D. (2011). *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*. Madrid: CCS.
- Cordero del Castillo, P. (2006). Situación social de las personas mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, 161-195.
- Croucher, K., Hicks, L. y Jackson, K. (2006). *Housing with care for later life. A literature review*. Heslington, York: Joseph Rowntree Foundation, University of York.
- Cury, S., Arias, A., y Palacios, J. (2017a). Content validity analysis of ISD-1: an instrument for social diagnosis in care homes for older persons. *European Journal of Social Work*. doi: 10.1080/13691457.2017.1364705.
- Cury, S., Arias, A., y Palacios, J. (2017b). Design of ISD-1: an instrument for social diagnosis in care homes for older persons. *European Journal of Social Work*, doi: 10.1080/13691457.2017.1364704.
- De la Paz, P. (2011). La intervención en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 155-163.
- Early, T. y Glenmayer, L. (2000). Valuing families: social work practice with families from a strengths perspectives. *Social Work*, 45(2), 118-130.
- European Comission. (2010). *Europe in figures. Eurostat Yearbook 2010*. Obtenido de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-11-001/EN/KS-CD-11-001-EN.PDF.
- Fernández, R. (Dir.). (1996). *Sistema de Evaluación de Residencias de ancianos SERA*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales
- Gallardo, L. (2013). Redes de apoyo social en personas mayores chilenas. Aspectos estructurales y funcionales. *Revistas de Trabajo Social Chile*, 83, 9-18.
- Gobierno Vasco. (2006). *Diagnóstico e Intervención Social. Herramienta informática para el Trabajo Social*. Obtenido de http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/contenidos/libro/diagnostico_1_soc/es_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf.
- Gobierno Vasco. (2012b). *Modelo global de diagnóstico social*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/adjuntos/Modelo%20diagnostico%20social-junio-2012.pdf.
- Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gray, M. (2011). Back to basics: A critique of the strengths perspective in social work. *Families in Society*, 92(1), 5-11.
- Hamilton, G. (1951). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. México: Editorial Médica Mexicana.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012a). *Informe 2010 Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*.

- Datos de ámbito estatal. Tomo I.* Obtenido de http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012b). *Informe 2010 Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Datos por ámbito territorial. Tomo II.* Obtenido de http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.* Obtenido de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Proyecciones de Población 2016–2066.* Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- Karls, J., and O’Keffe, M. E. (2008). *Person-In-Environment-System Manual* (2ª ed.). Washington D.C.: National Association of Social Workers.
- Karls, J., and Wandrei, K. (2008). *Person-In-Environment System. The PIE Clasification System for Social Functioning Problems* (8ª ed.). New York: National Association for Social Workers.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K., y Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-98.
- Khistardt, W. (1994). An empowerment agenda for case management research: Evaluating the strengths model from the consumer’s perspective. En M. Harris, H. Bergman, & (Eds.), *Case managements for mentally ill patients: Theory and practice* (págs. 112-125). Langhorne, PA.: Harwood.
- Kim, D. y Kawachi, I. (2006). A multilevel analysis of key forms of community-and individual-level social capital as predictors. *Urban Health*, 83, 813-826.
- Leturia, F. J. (2007). *Experiencia en la intervención con personas mayores en situación de dependencia en la Fundación Matía.* Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100009.
- López, R. y López, J. (2007). La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42 (Supl. 1), 2-4.
- Lorenzo, L. (2006). ¿Familia o instituciones? Estrategias históricas de la población mayor en España. *Revista de Demografía Histórica*, XXIV(I), 203-226.
- Lorenzo, L. (2011a). *Articulación entre las relaciones familiares y sociales y la discapacidad en Europa.* Obtenido de <http://www.falternativas.org/en/estudios-de-progreso/documentos/documentos-de-trabajo/articulacion-entre-las-relaciones-familiares-y-sociales-y-la-discapacidad-en-europa>.
- Lorenzo, L. (2011b). *Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones.* Obtenido de www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
- Maas, M., Buckwalter, C., & Kelley, L. (1991). Family members perception of care of institutionalized patients with Alzheimer’s Disease. *Applied Nursing Research*, 4(3), 135-40.

- Martín, M., Miranda, B., y Suárez, E. (1996). *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social*. Vizcaya: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de la Comunidad Vasca.
- Meil Landwerling, G. (2002). Cambio familiar y solidaridad familiar en España. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 26, 129-154.
- Millán, J. C. (2012). Coordinación sociosanitaria: necesidad ineludible dentro de la atención a las personas mayores. En M. T. Bazo, *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa* (págs. 167-185). Valencia: Nau Llibres-Edicions Culturals Valencianes, S.A.
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2014). *La encuesta europea de Salud en España, 2014. Tendencias de salud en 30 indicadores*. Obtenido de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Sistema de Información de Servicios Sociales SIUSS v. 5*. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/siuss/ManualSIUSS.pdf>.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Obtenido de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf> BIBLIOGRAPHY \ 3082.
- Montoro, J. (1999). Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial de las personas mayores y/o con discapacidad. *Papers*, 57, 89-112.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo. (2006). *OCDE in figures 2006-2007*. Obtenido de http://www.oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1988/OECD_in_Figures_.html.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *World Population Prospect*. Obtenido de https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Comunicado de Prensa*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
- Otero, A. Z., Béland, F., Rodríguez, A., y García de Yébenes y Prous, M. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Madrid: Fundación BBVA, Documentos de Trabajo, 9.
- Parapar, C., Fernández, J., Rey, J., y Ruíz, M. (2010). *Informe de la I+D+i sobre el envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC.
- Pérez, J. (2003). *La madurez de masas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Pérez, J. (2011). El envejecimiento demográfico. En M. A. Blasco, & J. Pérez, *Envejecimiento* (págs. 37-104). Madrid: CSIC. Los libros de la catarata.
- Pratt, C., Schmall, V., Wright, S., y Hare, J. (1987). The forgotten client: family caregivers to institutionalized dementia patients. En D. Brubaker, & (ed.), *Aging, health and family: Long term care*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Rapp, C. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.

- Perlman, H. (1957). *Social casework: A problem solving process*. Chicago: University Press.
- Reese, D., Raymer, M., Orloff, S., Gerbino, S., Valade, R., Dawson, S., Huber, R. (2006). The Social Work Assessment Tool (SWAT). *Journal of Social Work in End-Of-Life and Palliative Care*, 2, 65-95. doi: 10.1300/J457v02n02_05.
- Richmond, M. (1930). *The long view*. New York: Russel Sage Foundation.
- Riseborough, M. y Fletcher, P. (2003). *Extra Care Housing. What is it? Housing LIN Factsheet 1*. London: Health Social Care Change Agent Team, Department of Health.
- Rodríguez, P. (1995). La residencia: concepto, destinatarios y objetivos generales. En P. Rodríguez, *Residencias para personas mayores. Manual de orientación* (págs. 33-43). Barcelona: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Rodríguez, P. (2007). Conceptualización de los alojamientos para personas mayores. En P. Rodríguez, *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias que queremos vivir*. Obtenido de Fundación Pílares para la autonomía personal: http://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf.
- Salebeey, D. (Ed.). (1992). *The strenghts perspective in Social Work Practice* (2ª ed.). New York: Longman.
- Sánchez, E. (2002). *Individuo, sociedad y depresión*. Málaga: Aljibe.
- Sarason, R. (1999). Familia, apoyo social y salud. En J. Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Tobaruela, J. L. (2003). *Residencias: perfil del usuario e impacto del ingreso. Tesis doctoral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina.
- United Nations. (2015). *World Population Prospects. Key Findings & advance tablets. 2015 Revision*. Obtenido de United Nations. Economics and Social Affairs: http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf.
- Van der Wel, K. (2007). Social capital and health—a multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo. *Norsk Epidemiologi*, 17(1), 71-78.
- Weick, M., Rapp, C., Sullivan, W., & Kisthardt, W. (1989). A strengths perspective for social work practice. *Social work*, 34(6), 350-354.
- Wenger Clemons, J. (2014). *Client System Assessment Tools for Social Work Practice*. North American Association of Christians in Social Work. Retrieved from <http://www.nacsw.org/Convention/WengerClemonsJClientFINAL.pdf>.
- Woods, E., & Hollis, F. (1964). *Casework. A psychosocial therapy* (5ª ed.). New York, United States of America: McGraw-Hill Higher Education. A Division of The MacGraw-Hill Companies.