

Trabajo de Fin de Grado

¿Cómo ha afectado la COVID – 19 el ámbito
del Trabajo Social Residencial?

How has COVID – 19 affected residential
Social Work?

Autora

Sara Escrig Troncho

Directora

Ana Cristina López Martínez

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la realización de este trabajo he podido ampliar mis conocimientos respecto al ámbito residencial como futura profesional del trabajo social. Me ha supuesto un periodo de aprendizaje respecto a cómo está organizado el ámbito de la dependencia y los centros residenciales además de reflexionar sobre posibles mejoras a establecer. Quisiera expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado, ayudado y seguido a lo largo de la elaboración de este trabajo.

En primer lugar, agradecerle a la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza estos cuatro años por la formación y aprendizaje tanto a nivel profesional como personal, inculcándome una serie de valores imprescindibles de cara a desempeñar la profesión del Trabajo Social.

Por otro lado, agradecerle a mi tutora Ana Cristina López Martínez su dedicación y ayuda en la elaboración de este trabajo, gracias al seguimiento y a la aportación de sus conocimientos como profesional que han hecho que reflexione sobre mi visión del campo de actuación estudiado en el trabajo y haciendo el camino para la elaboración de este trabajo más sencillo.

Gracias a los centros residenciales con los que me puse en contacto: residencia de ancianos Ciudad de Huesca y residencia de personas mayores de Tamarite de Litera correspondientes a la provincia de Huesca, residencia municipal de Valderrobres, residencia S.B. San Pablo, residencia de ancianos Casa Familiar la Inmaculada de la provincia de Teruel y las pertenecientes a la provincia de Zaragoza, residencia Parque Dorado II, residencia Torre del Ángel y residencia de ancianos Nuestra Señora de Rodanas, cuyas profesionales dedicaron unos minutos de su tiempo para cumplimentar el formulario que me ha permitido realizar avances en la investigación y han favorecido a la reflexión y redacción de las conclusiones y propuestas, ya que este trabajo sin esas respuestas no hubiera podido finalizarse.

INDICE

1. Resumen y Palabras Clave	- 4 -
2. Introducción	- 5 -
3. Marco teórico	- 6 -
3.1 ¿De dónde partimos?	- 6 -
3.1.1 La COVID – 19	- 6 -
3.1.2 Repercusión en la Dependencia y los Centros Residenciales	- 7 -
3.2 Envejecimiento de la población.....	- 9 -
3.2.1 Personas mayores en Aragón	- 11 -
3.3 La Dependencia	- 12 -
3.3.1 La protección de la dependencia.....	- 12 -
3.3.2 El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Aragón	- 14 -
3.4 Asistencia Residencial en la Dependencia.....	- 15 -
3.5 Modelos de Intervención en el Ámbito Residencial.....	- 16 -
3.5.1 Modelo Centrado en el Servicio	- 16 -
3.5.2 Modelo de Atención Centrado en la Persona	- 17 -
3.5.3 Diferencias entre ambos Modelos.....	- 18 -
3.6 El Trabajo Social Residencial y sus Actuaciones Generales	- 19 -
3.6.1 Actuaciones del Trabajo Social en el Modelo de Atención Centrada en la Persona ..	- 20 -
4. Metodología	- 22 -
4.1 Diseño	- 22 -
4.2 Participantes	- 22 -
4.3 Instrumentos	- 23 -
4.4 Temporalización y Cronograma.....	- 23 -
4.5 Objetivos.....	- 24 -
4.6 Hipótesis	- 24 -
5. Resultados y Análisis del Cuestionario	- 25 -
6. Conclusiones y Propuestas	- 29 -
7. Bibliografía.....	- 31 -
8. Anexos	- 35 -
8.1 Anexo I. Preguntas de la Encuesta.....	- 35 -
8.2 Anexo II. Carta de Presentación	- 36 -
8.3 Anexo III. Dossier de noticias.....	- 37 -

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Indicadores demográficos básicos	- 10 -
Gráfica 2. Proyecciones de Población.....	- 10 -
Gráfica 3. Población Aragón	- 11 -
Gráfica 4. Personas mayores en Aragón.....	- 12 -
Gráfica 5. Resultados pregunta 5	- 25 -
Gráfica 6. Resultados pregunta 12	- 26 -

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Informe MoMo.....	- 7 -
Tabla 2. Informe MoMo.....	- 7 -
Tabla 3. Distribución por Centros residenciales	- 16 -
Tabla 4. Diferencia entre modelos.....	- 19 -
Tabla 5. Residencias participantes.....	- 22 -
Tabla 6. Cronograma	- 24 -

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Incidencia COVID-19 en centros residenciales	- 8 -
---	-------

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Resumen

El propósito de este Trabajo de Fin de Grado es llevar a cabo una investigación cualitativa basada en la situación actual del trabajo social residencial y los cambios producidos por la COVID – 19, planteando diversas interrogaciones. Entre estas surgen cómo ha afectado esta crisis al ámbito del trabajo social residencial o cómo han afrontado esta situación las personas que son profesionales del trabajo social. Para poder responder a esto es imprescindible realizar una búsqueda bibliográfica, respaldada por encuestas realizadas a diversas profesionales de este ámbito para conocer cómo se encuentra el ámbito residencial después de un año, si se han producido modificaciones a nivel legislativo en cuanto a la dependencia y si la crisis de la COVID – 19 ha concienciado a la sociedad sobre la verdadera importancia del sector residencial, especialmente respecto al desempeño de la profesión del trabajo social.

Palabras clave: dependencia, personas mayores, ámbito residencial, COVID – 19, trabajo social

Abstract

The purpose of this end-of-degree project is to carry out a research about the current situation of social work in nursing homes and the effects caused by COVID – 19, posing questions such as how this crisis has affected this field and how social work professionals have faced this situation. A bibliographic research has been carried out, being backed up by surveys conducted with several professionals in the field in order to find out how the nursing homes sector is dealing with this situation a year later, if there have been any changes at the legislative level regarding dependency, and if the COVID – 19 crisis has increased society's awareness of the key role importance of the nursing home sector, especially regarding social work professionals' performance.

Key words: dependence, elderly people, residential area, COVID – 19, social work

2. INTRODUCCIÓN

El constante bombardeo de titulares (ver Anexo III. Dossier de noticias) que muestran el impacto que ha tenido la COVID – 19 en el ámbito residencial y por tanto, de las personas que engloba este sector, como son residentes, familiares y profesionales, ha repercutido en la sociedad generando un miedo irracional hacia estas instituciones y en consecuencia, disponiendo en primer plano los centros residenciales y las actuaciones a realizar para poder modificar la estructura e intervenciones por parte de los profesionales de estos centros.

Este continuo flujo de información mostrado por los medios de comunicación ha hecho que surjan muchas preguntas por parte de los individuos que conformamos la sociedad y junto a esto se replantee el papel del trabajo social dentro de los centros residenciales, aunque las personas profesionales de este campo se vieron trabajando en primera línea de actuación dentro del ámbito que les compete durante la crisis de la COVID – 19 y por tanto, viendo afectadas y modificadas sus maneras de intervención, no han obtenido el reconocimiento pertinente como el resto de profesionales del ámbito sociosanitario en cuanto a visualización y reconocimiento social.

Por tanto, desde el punto de vista social se puede realizar un análisis que enlaza la profesión del trabajo social con las funciones que lleva implícitas ligadas a las vivencias de manera subjetiva por parte de las personas residentes y sus familiares durante la crisis de la COVID - 19. De modo que teniendo en cuenta estos factores, se pueden realizar propuestas en las que se vean reflejadas las diversas partes que conforman el ámbito residencial para poder desarrollar una modificación que mejore la vida de estas personas, alcanzando en consecuencia un nivel superior de confort y repercutiendo en la innovación de los centros residenciales y por ende en el ámbito de la dependencia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ¿DE DÓNDE PARTIMOS?

3.1.1 LA COVID – 19

La Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) define la COVID – 19 como *“la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS – CoV – 2”*. La propia organización tuvo por primera vez conocimiento de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, tras ser informada de un grupo de casos de *“neumonía vírica”* declarados en Wuhan (República Popular China) (OMS, 2020).

Alrededor del mes de marzo aproximadamente llega la COVID – 19 a España, iniciando una nueva forma de vida producida por esta crisis. Es el 14 de marzo de 2020 el momento en el que se declara el estado de alarma a través de un comunicado oficial y su correspondiente publicación legislativa mediante el Real Decreto 463/2020, en cuyo artículo 1 dice lo siguiente: *“Al amparo de lo dispuesto en el artículo cuarto, apartados b) y d), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, se declara el estado de alarma con el fin de afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID-19”* (BOE, 2020).

La pandemia ha afectado en mayor medida a las personas mayores puesto que, según la OMS, son las personas mayores de 60 años y las que padecen afecciones médicas subyacentes, las que corren mayor riesgo de presentar cuadros graves de esta enfermedad (OMS, 2020).

La evidencia de que las personas que viven en centros sociosanitarios son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV-2 y están experimentando altas tasas de mortalidad es una realidad evidente. La edad avanzada y las comorbilidades que presentan las personas residentes son factores de riesgo que unidos al contacto estrecho con otros residentes y el personal del centro residencial favorece la transmisión haciendo que los efectos de la emergencia sanitaria de la COVID – 19 hayan tenido especial repercusión en este colectivo.

Es alto el porcentaje de personas residentes asintomáticas con cargas virales altas. La transmisión de la COVID – 19 en el entorno residencial puede ser mayor, ya que la detección de síntomas de esta enfermedad en las personas mayores es compleja por diversos motivos: la respuesta inmune asociada al envejecimiento, el deterioro cognitivo, la alta prevalencia de comorbilidad y la frecuencia de tos crónica (Ministerio de Sanidad, 2021, págs. 64-65).

Durante los primeros meses en que la COVID – 19 irrumpió en la sociedad española en los informativos y telediarios, los centros residenciales eran el centro de atención, ya que un alto porcentaje de fallecimientos causados por este virus afectaron a las personas que se encontraban viviendo en centros residenciales (Anexo III. Dossier de noticias).

3.1.2 REPERCUSIÓN EN LA DEPENDENCIA Y LOS CENTROS RESIDENCIALES

La repercusión de la COVID – 19 en la dependencia se ha recogido a través de una serie de Informes sobre el impacto de este virus en la gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD en adelante), actualizado mensualmente para conocer las cifras de fallecidos y el impacto de la COVID – 19 en este sector de la población.

Según el Informe MoMo a 31 de marzo de 2021, el número de fallecimientos durante el año 2020 asciende a un total de 245.638 personas que tenían iniciado una solicitud de dependencia, que corresponde al 20,5% de incremento respecto al año 2019 (41.735 fallecidos más). Mientras que en el periodo transcurrido entre los meses de enero – marzo de 2021 han fallecido 65.731 personas con una solicitud de dependencia, un 9,9% más que el año anterior (5.930 fallecidos más) (IMSERSO, 2021).

En lo que respecta a la comunidad autónoma de Aragón las tasas de fallecimiento, sin tener en cuenta el tipo de prestación o momento de la solicitud en el que se encontrara la persona, se han mantenido unos niveles bajos en comparación con otras comunidades autónomas o con el porcentaje total de España. En los meses de enero a diciembre de 2020 el incremento de fallecidos en Aragón respecto al año anterior (con 8.128 fallecidos) es de 913 personas, correspondiendo a un 12,7%. El periodo transcurrido entre los meses de enero y marzo de 2021 la suma de fallecimientos asciende a 2.150, 246 respecto al año 2020 que corresponde al 12,9%.

Año 2020	Número fallecimientos	Variación anual	Tasa variación anual de 2020 respecto al año 2019 (%)
Aragón	8.128	913	12,7%
Total nacional	245.638	41.735	20,5%

Tabla 1. Informe MoMo

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (IMSERSO, 2021).

Enero – marzo 2021	Número fallecimientos	Variación anual	Tasa variación anual de 2021 respecto al año 2020 (%)
Aragón	2.150	246	12,9%
Total nacional	65.731	5.930	9,9%

Tabla 2. Informe MoMo

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (IMSERSO, 2021).

En cuanto al ámbito residencial respecta, desde el día en que se declara el estado de alarma, 14 de marzo de 2020, hasta el 4 de abril de 2021, las muertes de las personas residentes con COVID– 19 confirmado son 18.472, con la suma de 10.492 personas con síntomas compatibles con coronavirus pero cuya causa de muerte no se pudo confirmar, sumando un total de 28.964 fallecimientos en los centros residenciales españoles hasta el 4 de abril de este mismo año (IMSERSO, 2021).

Tabla 2. Evolución de la incidencia de COVID-19 en centros residenciales dirigidos a personas mayores.

Periodo	% centros con al menos un residente positivo en COVID-19 confirmado	Nº total de residentes	% de residentes confirmados en COVID-19 por PDIA sobre el total de residentes	Nº total de fallecimientos de residentes con COVID-19 confirmado por PDIA	Nº total de fallecimientos de residentes con COVID-19 compatible (no confirmado)*	Letalidad (% fallecidos sobre casos confirmados)
Del 14/03/20 al 22/06/20		-		9.369	10.492	
Del 23/06/20 al 03/01/21		-		5.933	0	
Datos acumulados Año 2020				15.302	10.492	21,3%
Del 04/01/21 al 10/01/21	7,2%	283.159	0,9%	359	0	
Del 11/01/21 al 17/01/21	9,9%	283.189	1,5%	522	0	
Del 18/01/21 al 24/01/21	10,8%	283.267	1,6%	718	0	
Del 25/01/21 al 31/01/21	7,9%	282.997	1,0%	771	0	
Del 01/02/21 al 07/02/21	5,2%	280.294	0,5%	606	0	
Del 08/02/21 al 14/02/21	3,0%	280.601	0,2%	380	0	
Del 15/02/21 al 21/02/21	2,4%	281.098	0,1%	178	0	
Del 22/02/21 al 28/02/21	0,8%	281.421	0,0%	78	0	
Del 01/03/21 al 07/03/21	0,3%	281.425	0,0%	33	0	
Del 08/03/21 al 14/03/21	0,6%	282.084	0,0%	22	0	
Del 15/03/21 al 21/03/21	0,4%	283.018	0,0%	17	0	
Del 22/03/21 al 28/03/21	0,5%	282.632	0,0%	24	0	
Del 29/03/21 al 04/04/21	0,3%	281.367	0,0%	2	0	
Datos acumulados Año 2021				3.710	0	22,4%

Ilustración 1. Incidencia COVID-19 en centros residenciales

Fuente: (IMSERSO, 2021).

Según el informe de trabajo de COVID – 19 y residencias, se estima como plausible un rango entre el 47% y el 50% de afectación en residencias respecto al total de fallecimientos por la enfermedad COVID-19 en la primera oleada (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2020).

Este mismo informe se muestra otra manera de calcular el impacto de la COVID – 19 en las residencias, comparando las personas fallecidas durante la primera oleada en relación a la población residencial previa a la pandemia.

En España se estima un valor aproximado al 6% de afectación, este se obtiene a raíz de diferentes fuentes de datos:

- A. La mortalidad estimada de la COVID – 19 sobre el total de personas en residencias de mayores (6,1%).
- B. La mortalidad estimada de la COVID – 19 en la población en centros residenciales notificados por las comunidades autónomas hasta el 23 de junio de 2020 al Ministerio de Sanidad (5,7%).
- C. La mortalidad en personas con grado de dependencia reconocido y con Programa Individual de Atención en los centros residenciales (7,6%) (Ministerio de derechos sociales y agenda 2030, 2020).

Todas las consecuencias producidas por la COVID – 19 han repercutido en las normas legislativas, habiendo de adaptarse para poder hacer frente a la situación con un plan a seguir por parte de las comunidades autónomas dictado por la Jefatura del Estado. Es el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 el que hace referencia al término dependencia y a los centros residenciales. Se encuentra en el artículo 10, que habla de servicios sociales:

“1. Las administraciones competentes deberán asegurar el cumplimiento por los titulares de centros de servicios sociales de carácter residencial y centros de día de las normas de desinfección, prevención y acondicionamiento de las instalaciones, que aquellas establezcan. En particular, velarán por que su normal actividad se desarrolle en condiciones que permitan en todo momento prevenir los riesgos de contagio. [...]”

3. Los titulares de los centros han presentar a la autoridad sanitaria que la comunidad autónoma determine en virtud de sus competencias, un Plan de Contingencia COVID-19 orientado a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, activando en su caso los procedimientos de coordinación con la estructura del servicio de salud que corresponda [...]” (BOE, 2020).

A través de este Real Decreto (RD en adelante), nacen las diversas normativas de cada comunidad autónoma. En Aragón la normativa destacable en cuanto al ámbito residencial se refiere y posterior a la fecha del RD, se encuentra la Orden CDS/569/2020, de 8 de julio, por la que se adoptan medidas de prevención y contención en los centros de servicios sociales especializados para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 tras la finalización del estado de alarma.

En esta lo que se pretende es adaptar todos los centros residenciales pertenecientes a los servicios sociales a través de un plan de contingencia mientras dure la crisis sanitaria de la COVID – 19. Concretamente recoge como actuar en estos centros en su capítulo III de medidas de intervención en centros de servicios sociales especializados de naturaleza residencial.

A lo largo de este capítulo se exponen diferentes situaciones donde se da el contagio por COVID – 19 y la manera correcta de actuación, desde el aislamiento hasta la atribución temporal de dirección y coordinación asistencial (BOA, 2020).

De modo que, la incidencia en cuanto a contagios y restricciones de los centros residenciales ha sido alta y con los datos aportados se comprueba que realmente ha sido el colectivo más afectado y en el que más fallecimientos se han detectado debido a las características de los individuos que conforman este grupo social. Repercutiendo de manera negativa a las funciones e intervenciones de las profesiones que engloban los centros residenciales y a las propias instituciones.

3.2 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Los cambios demográficos producidos por la evolución social en España han causado un envejecimiento llevando a un aumento la esperanza de vida pero con sus respectivas consecuencias.

Esta característica social se conoce como envejecimiento demográfico y es definida por Miralles Riojano y Reyes Reñones en 2015 como *“proceso universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Hace referencia a cambios propios de la edad y no significa necesariamente discapacidad ni dependencia, aunque la primera predispone con más facilidad a la siguiente”*, esto ha producido que el término dependencia adquiera importancia, especialmente en el grupo social que forman las personas mayores y de este modo aparezca como problemática social y de salud que atañe tanto a las personas que se ven afectadas por la dependencia como a su entorno más cercano y por tanto, a la sociedad en la que se encuentra viviendo el individuo.

El ciclo vital de todas las personas se divide en fases por las que la gran mayoría de individuos pasa a lo largo de su vida hasta llegar a la última de estas que es la vejez, conocida también como ancianidad. Se trata de un constructo social, asociado en muchas ocasiones a la pérdida principalmente de autonomía.

Este grupo de personas denominado como personas mayores, está formado por individuos a partir de los sesenta y cinco años, considerado este grupo de edad como viejos jóvenes hasta la edad de ochenta, creando así una división interna en este colectivo. Por tanto, se considera a los mayores de ochenta años como grupo de edad avanzada donde realmente se produce una pérdida de autonomía y a consecuencia de esto, se produce una demanda más alta de asistencia social y sanitaria. De modo que, podemos clasificar a las personas mayores de ochenta años como pertenecientes a la cuarta edad (Giró Miranda, 2005).

En consulta de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE en adelante) en sus Indicadores de Estructura de la Población, concretamente en la Proporción de Personas Mayores de cierta edad por Provincia se puede comprobar que el número de habitantes mayores de 65 años y en concreto mayores de 80 está incrementando y se prevé que la sociedad española siga envejeciendo.

Del total de la población española el INE indica en sus estadísticas que en el año 2020 un 19,58% supera los 65 años y que es un 6,02% el que engloba a las personas mayores de 80 años en el mismo año.

Si se consulta la misma estadística en el año 2010, los datos proporcionados por el INE varían, ya que el porcentaje de personas mayores de 65 años es un 16,8% y el de las personas mayores de 80 no llega a un 5%, siendo un 4,86% de la estructura de la sociedad española (INE, 2021).

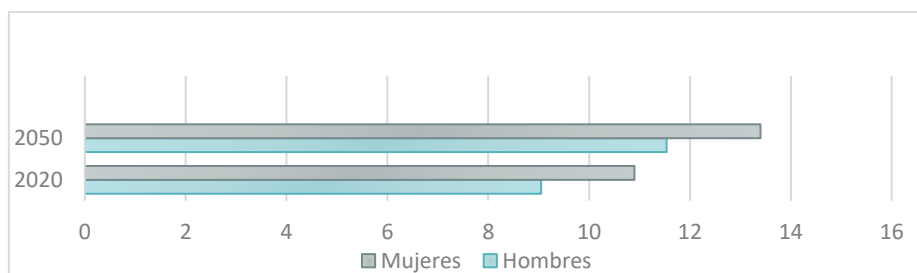


Gráfica 1. Indicadores demográficos básicos

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (INE, 2021).

La diferencia en los porcentajes se deja notar en la distancia de 10 años, confirmando la teoría de que España está sufriendo un envejecimiento que al parecer continuará este curso.

En las Hipótesis nacionales de evolución demográfica 2016 – 2065 del INE se puede comprobar que la esperanza de vida en 2050 seguirá aumentando en personas de ochenta años (INE, 2020).



Gráfica 2. Proyecciones de Población

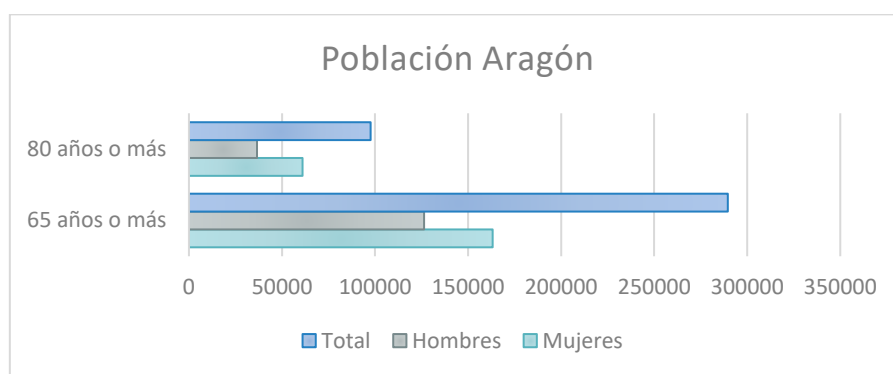
Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (INE, 2020)

3.2.1 PERSONAS MAYORES EN ARAGÓN

La Comunidad Autónoma de Aragón tiene un alto porcentaje de población mayor de 80 años en comparación con la media Nacional, tratándose de una de las comunidades menos pobladas y más envejecidas de España (Gran Enciclopedia Aragonesa, s.f.).

El porcentaje nacional según el INE en España de la población de 80 y más años es de un 6,02% mientras que el porcentaje de Aragón es más elevado, correspondiendo a un 7,44% de la población total con la que cuenta que es 1.325.371 habitantes en todo el territorio aragonés (INE, 2021).

En consulta del Padrón municipal de habitantes del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST en adelante), el total de personas mayores de 65 años en Aragón a 1 de enero de 2021 suman 289.581, de las cuales 191.953 se encuentran en el rango entre los 65 y los 80, mientras que el resto, 97.628, superan la edad de 80. Dentro del rango de edad que superan los 80 años, se puede observar una feminización de la vejez, puesto que 61.048 (62,5%) de personas son mujeres, frente a 36.580 (37,5%) de hombres.



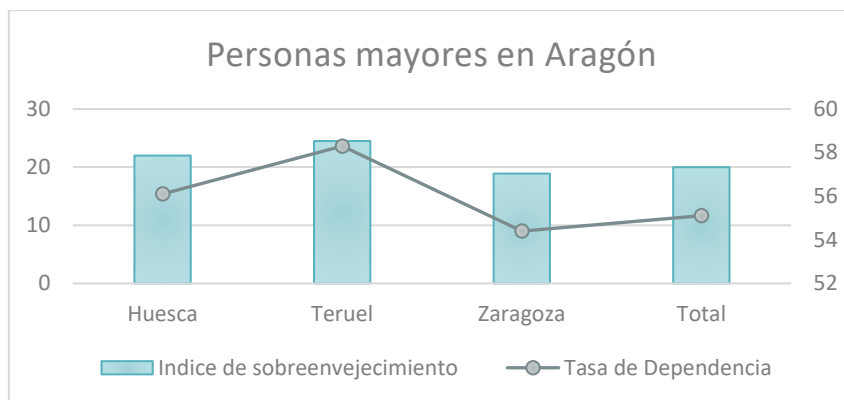
Gráfica 3. Población Aragón

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (IAEST, 2021)

Esto refuerza la idea anterior, demostrando que Aragón es realmente una comunidad autónoma que cuenta con altos valores de sobreenvjecimiento y por tanto, repercuten en el ámbito de la dependencia.

A pesar de estos datos generales respecto a la comunidad, la distribución de la población de Aragón está repartida en zonas, siendo los territorios rurales los más afectados por el envejecimiento demográfico ya que predominan las personas mayores, especialmente las de ochenta años. Esta distribución, según las provincias y por los datos aportados por el IAEST, varían en gran porcentaje, especialmente las provincias de Huesca y Teruel cuyo índice de sobreenvjecimiento es superior al 20% (22% Huesca y 24,5% Teruel) a diferencia del 18,9% con el que cuenta la provincia de Zaragoza.

Esta diferencia en cuanto al sobreenvjecimiento implica que la tasa global de dependencia también será mayor en las provincias donde el sobreenvjecimiento sea más elevado, con una diferencia de casi el 4% entre Zaragoza cuya tasa es la menor con el 54,4% y Teruel con la mayor Tasa global de Dependencia de la Comunidad Autónoma 58,3%, seguido de Huesca que cuenta con un 56,1% (IAEST, 2021).



Gráfica 4. Personas mayores en Aragón

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (IAEST, 2021)

Al comparar el promedio total de ambos indicadores en las diferentes provincias, es la turolense la que recoge los valores más altos, probablemente propiciado por la cantidad de entornos rurales y despoblados con los que cuenta. A pesar de esto, todas las provincias cuentan con más de un 50% en valores referidos a la tasa de dependencia.

3.3 LA DEPENDENCIA

El Consejo de Europa define la dependencia como: *“estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* (Consejo de Europa, 1998).

Para la Academia Nacional de Medicina la dependencia *“presupone la pérdida de autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones u otros entes. Aunque esta condición pueda darse a lo largo del ciclo de la vida, hay condiciones que hacen más proclives a los adultos mayores, debido a que de manera recurrente la vejez viene acompañada de complicaciones que deterioran la salud. En esta etapa de vida los adultos se enfrentan a la multimorbilidad, la cronicidad de los padecimientos, la fragilidad, la discapacidad, la pérdida de las capacidades funcionales – físicas y psicológicas –, todas ellas vinculadas con la disminución de la independencia”* (Academia Nacional de Medicina, 2013-2014).

3.3.1 LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA

A nivel legislativo en relación con la dependencia se ha desarrollado la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006 en adelante) que tiene competencias estatales.

En la Ley 39/2006, artículo 2.2 se encuentra recogida la definición de dependencia como: *“el estado en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de atención de otra u toras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria [...]”* (BOE, 2018).

En este mismo artículo encontramos definidos en sus diversos apartados conceptos como la autonomía, lo conocido por Actividades Básicas de la Vida Diaria (conocidas como ABVDs). Así como la diferencia entre cuidados profesionales y los no profesionales:

“Artículo 2: [...]”

5. Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio [...], no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

6. Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, [...] entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro” (BOE, 2018).

Es el artículo 26, el que habla de los distintos grados de dependencia:

“1. La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD y, por su pérdida total de autonomía [...] necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona [...]” (BOE, 2018).

El artículo 15 de la Ley 39/2006 detalla el Catálogo de servicios ofrecidos a las personas demandantes de situación de dependencia:

“1. El Catálogo de servicios comprende [...]”

- a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.*
- b) Servicio de Teleasistencia.*
- c) Servicio de Ayuda a domicilio... [...]*
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche: [...]*
- e) Servicio de Atención Residencial: [...]” (BOE, 2018).*

Este Servicio de Atención Residencial se encuentra amparado dentro de la Ley 39/2006 en el artículo 25:

“1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.

2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, [...]

4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados” (BOE, 2018).

En la 2ª Sección del Capítulo II de esta misma ley se incluyen las prestaciones económicas ofrecidas para las personas en situación de dependencia:

“Artículo 17. Prestación económica vinculada al servicio. [...]”

Artículo 18. *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. [...]*

Artículo 19. *Prestación económica de asistencia personal. [...]* (BOE, 2018).

Para una correcta solicitud de la dependencia, esta tiene que incluir un Programa Individual de Atención, conocido como PIA, descrito en el Artículo 29 de la Ley 39/2006: “[...] *determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen*” (BOE, 2018).

Para determinar si una persona está en situación de dependencia existe un baremo de medición común para todas las Comunidades Autónomas, siendo estas las que determinen qué órgano será el responsable de aplicar este instrumento. Recogido en el artículo 27 de la Ley 39/2006, donde se incluye que:

“[...] 3. *El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, [...]*

4. *El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental*” (BOE, 2018).

En el artículo 10 de la Ley 39/2006 se habla del establecimiento de determinados Convenios con las Comunidades Autónomas a causa de la descentralización del Estado, siendo este el que se encargue de financiar las prestaciones correspondientes a la dependencia y estableciendo en el artículo 11 las responsabilidades adquiridas por parte de las diversas Comunidades Autónomas y su legislación respecto al SAAD.

3.3.2 EL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARAGÓN

A través de la normativa nacional, Ley 39/2006, y su artículo 11 que establece el marco y la normativa a seguir por todas las comunidades nace la normativa de protección de la dependencia a nivel de Aragón.

Por un lado se encuentra el Decreto 5/2007, de 16 de enero, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, donde se aclara que la institución responsable del trámite y resolución de las diversas solicitudes de dependencia es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS en adelante), siendo también el responsable de cubrir a través de los servicios y prestaciones ofrecidas a las necesidades que los usuarios presenten, recogido en el artículo 2 de la misma normativa:

“1. *Se atribuyen al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, organismo autónomo adscrito al Departamento de Servicios Sociales y Familia, las competencias y funciones relativas a la gestión de todos aquellos servicios y prestaciones que correspondan a las personas que obtengan el reconocimiento de la situación de dependencia, así como el aseguramiento de la aplicación de los Programas Individuales de Atención y la coordinación sociosanitaria*” (BOA, 2007).

Por otro lado, la Orden CDS/1210/2016, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Orden de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones

del SAAD, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios en la Comunidad Autónoma de Aragón, donde se habla de los requisitos imprescindibles para poder ser solicitante de la dependencia y de las prestaciones ofertadas, además de la distribución de la financiación del servicio, puesto que las personas dependientes tienen que realizar un copago, en función del grado reconocido, para hacer frente al servicio al que ha accedido (BOA, 2016).

El IASS ofrece a las personas en situación de dependencia un Catálogo de Servicios Sociales, recogido en el Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón. En este se incluyen las prestaciones definidas en la Ley 39/2006 que son el Servicio de Centro de día y de noche; Servicio de atención residencial; Servicio de ayuda a domicilio; y Servicios de promoción y prevención (Teleasistencia y Servicio de promoción de la autonomía personal) (IASS, 2020).

3.4 ASISTENCIA RESIDENCIAL EN LA DEPENDENCIA

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO en adelante) los centros residenciales son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, cuyos servicios y programas se adecúan a las necesidades de las personas residentes, dirigidas a una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal (IMSERSO, 2019, pág. 69).

Para Esteban y Rodríguez, el concepto de residencia se refiere a: *“hogares o establecimientos en los que sean desarrolladas actividades de apoyo social a las personas mayores a través del alojamiento colectivo, de utilización temporal o permanente que incluyen alimentación, cuidados de salud, higiene y confort, fomentando la convivencia y propiciando ocio y la ocupación del tiempo libre de las personas mayores residentes”* (Esteban Herrera & Rodríguez Gómez, 2015).

Desde el IASS define el Centro Residencial como: *“centro que se convierte en el domicilio del residente y proporciona una atención continuada y especializada”* (IASS, 2020).

Para el IASS este Servicio se divide en dos:

- Residencia de personas mayores dependientes.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Desde la misma institución se hace hincapié en que las personas mayores dependientes en los grados II y III, disponen de este recurso cuando no puedan permanecer de forma segura y continuada en su domicilio, convirtiéndose el centro residencial en el domicilio de la persona con dependencia.

También se ofrecen estancias temporales para personas mayores dependientes, dirigidas a las personas que han elegido su domicilio como residencia pero que se encuentran en una situación excepcional (enfermedad de la persona dependiente o cuidadora y/o descanso temporal de familiares cuidadores).

Los centros residenciales según su financiación pueden dividirse en públicos y privados, diferenciando así entre dos tipos de naturaleza. Respecto al Tercer Sector, definido por Teresa Montagut como: *“el ámbito del sector no lucrativo dirigido a actividades del bienestar”* (Montagut, 2006) no encontramos referencias puesto que se trata de un ámbito financiado públicamente y por tanto, se encuentra recogido junto los datos públicos de los Servicios Sociales.

Según los datos de los Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España a diciembre de 2019 el total de centros residenciales a nivel nacional es de 5.542. La distribución de estos centros por todo el territorio es desigual, siendo mayor el número en unas CCAA que en otras; Cataluña es la Comunidad Autónoma que mayor cobertura tiene, ya que cuenta con el 20,82% de esta distribución, a diferencia de La Rioja cuya cobertura es de un 0,55% del total nacional.

En Aragón, la adjudicación de plazas y el régimen de acceso a este servicio se regula a través de la Orden CDS/533/2016, de 25 de mayo, por la que se modifica la Orden de 16 de abril de 2015. En esta se recogen las diferentes situaciones por las que se puede acceder a los servicios de estancia diurna asistencias, estancia diurna ocupacional y alojamiento, entre las que se encuentra la dependencia. Recogiendo los centros tanto de titularidad pública como privada que pertenecen a la Oferta Pública de Red de Centros y Servicios Sociales de Aragón.

En cifras, Aragón cuenta con 289 centros residenciales, un 5,21% del total nacional, 75 de los cuales son públicos (IMSERSO, 2019):

	ESPAÑA	ARAGÓN
PÚBLICAS	1.435	75
PRIVADAS	4.107	214
TOTAL	5.542	289 (5,21% nacional)

Tabla 3. Distribución por Centros residenciales

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en (IMSERSO, 2019)

La diferencia entre el número de centros residenciales privados y públicos es de un 74,05% frente a un 25,95% respectivamente. Esto significa que la cobertura pública de los centros residenciales es reducida para la cantidad de personas dependientes que quieren acceder a la prestación de alojamiento residencial y que por tanto, el IASS deberá llegar a acuerdos mediante subvenciones y convenios con los centros privados para poder cubrir la demanda producida por parte de la sociedad.

3.5 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

Cuando se habla de intervención en el ámbito del Trabajo Social se hace referencia a la manera de actuar de los profesionales respecto a los usuarios para obtener resultados en cuanto a la resolución de los problemas que presentan las personas.

La principal diferencia entre el Modelo Centrado en el Servicio y el Modelo Centrado en la Persona (ACP en adelante) es que en el primero modelo es el individuo quien debe adaptarse a las condiciones del centro en el que ingresa en contraposición con el segundo donde es el centro quien se adapta a las preferencias de la persona usuaria (ver Tabla 4. Diferencia entre modelos).

3.5.1 *MODELO CENTRADO EN EL SERVICIO*

La principal característica que presenta este modelo es que las decisiones que se toman dependen de los profesionales, proponiendo planes a través de programas que tienen unas opciones limitadas que únicamente centran en los déficits y necesidades de las personas usuarias, etiquetando a cada una en un grupo diferente con determinadas necesidades y que por tanto, las encuadran como en el contexto de los servicios sociales.

Esto hace que los servicios no respondan a las necesidades individuales de cada una de las personas residentes, sino que disponen de unas opciones inamovibles entre las que tienen que elegir y así adaptarse a lo que el centro residencial ofrece (Martínez Rodríguez, 2013).

3.5.2 *MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA*

El origen del ACP se le atribuye a Carl Rogers, enmarcado en la corriente de la psicología humanista que surge en el siglo XX, a raíz de la Terapia Centrada en el Cliente, esta destaca la importancia de que terapeuta debe conocer en profundidad a la persona usuaria y defiende la subjetividad y la experiencia vital de cada persona. La propia autora insiste en que es el usuario quien tiene medios para el cambio de sí mismo y es el terapeuta quien debe guiar y aportar pautas al primero para que pueda reconocer su problemática y afrontarla (Martínez Rodríguez, 2016).

Lo que destaca del enfoque humanista es el interés por la persona y el significado que esta otorga a sus experiencias y a las capacidades que tiene para superar los problemas con los que se encuentran, junto con la idea de cómo se descubre a sí misma y la interdependencia con el resto de los individuos que conforman la sociedad. Por tanto, las aportaciones de Rogers se han trasladado a ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otras personas, llegando así a la ACP (Martínez Rodríguez, 2013).

Algunos autores como Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas y Muñiz definen la ACP como *“el enfoque que pretende integrar las prácticas basadas en la evidencia con una auténtica personalización de los cuidados y de los apoyos para que las personas puedan seguir teniendo el control sobre su vida cotidiana y sus decisiones”* (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, & Muñiz, 2016).

Morgan y Yolder definen este término como la atención a la persona desde el respeto, permitiendo a los individuos la negociación respecto a su atención, de manera que se empodera a las personas para que tomen consciencia y se vean implicadas en las decisiones que están relacionadas con la atención que se les proporciona (Morgan & Yolder, 2011).

Según los manuales de la Fundación Matia el ACP consiste en el desarrollo de diversas medidas en el entorno más próximo y la consecución de mejoras en la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados. Contemplando el cuidado integral y personalizado de cada individuo para convertirla en protagonista activa de su propia evolución y cambio (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho, & Rodríguez, 2014).

Para poder realizar una valoración integral de la persona hay que conocer las cuestiones fundamentales de la vida que cada individuo desee compartir, la Fundación Matia da las siguientes pautas para realizar una evaluación a través de:

- *“Biografía o historia de vida.*
- *Dimensiones de capacidad: limitaciones/dificultades y fortalezas/capacidades.*
- *Modo de vida, preferencias y deseos.*
- *Relaciones sociales y apoyo social.*
- *Entorno físico (lugar donde vive, lugares que frecuenta, barrio)”* (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho, & Rodríguez, 2014).

Rodríguez Rodríguez presenta los principios en los que se sustenta el ACP:

- Principio de autonomía como el fundamental y esencial puesto que reconoce los derechos fundamentales de las personas, especialmente la autonomía en la toma de decisiones.
- Principio de participación ligado al anterior y que defiende que las personas que se encuentren en una situación de discapacidad y/o dependencia conservan su derecho a participar en la vida social.
- Principio de integralidad mediante el cual se hace hincapié en el contexto de la persona y por tanto, interactúan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la vida de esta.
- Principio de individualidad e intimidad el cumplimiento de derechos de todas las personas se debe realizar por igual a pesar de que cada una de ellas sea única y diferente del resto.
- Principio de integración social se habla de la importancia de la participación en sus relaciones sociales anteriores y a la interacción con su entorno más próximo.
- Principios de independencia y bienestar siendo los principales benefactores las personas residentes en cuanto a programas informativo – formativos dirigidos a la prevención de la dependencia y promoción de su autonomía.
- Principio de continuidad de cuidados remarcando el derecho de las personas que se encuentran en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia de recibir los cuidados que precisen y que se adapten a los cambios que puedan producirse en su proceso (Rodríguez Rodríguez, 2011).

Por tanto, este modelo de intervención tiene como objeto principal al individuo y a las preferencias que este manifieste en cuanto a la atención que quiere recibir en el centro residencial puesto que, se va a convertir en su nuevo hogar y, por lo tanto, lo precisa para sentirse cómodo y acogido, además de sentir protegida su intimidad y crear vínculos con el resto de las personas residentes y los profesionales que se encuentran en el centro residencial.

3.5.3 DIFERENCIAS ENTRE AMBOS MODELOS

MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO	MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA
Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.	Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.
Intervienen en niveles más concretos: conductas deficitarias, alteradas, patologías, etc.	Su intervención es global y hablan de planes de vida.
Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.	Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.
Encuadran a las personas como en el contexto de los servicios sociales.	Ven a las personas dentro de su comunidad y de su entorno habitual.
Distancian a las personas enfatizando sus diferencias.	Acercan a las personas descubriendo experiencias comunes.
Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.	Esbozan un estilo de vida deseable, con un ilimitado número de experiencias deseables.
Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.	Se centran en la calidad de Vida.
Confían en equipos estándares interdisciplinarios.	Crean equipos de planificación centrada en la persona para solucionar los problemas que vayan surgiendo.
Delegan el trabajo en los que trabajan directamente.	Responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones.

MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO	MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA
Organizan reuniones para los profesionales.	Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.
Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.	Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.
Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.	Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente.
Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.	Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.
Manejan un lenguaje clínico con tecnicismos.	Utilizan un lenguaje familiar y claro.

Tabla 4. Diferencia entre modelos

Fuente: (Martínez Rodríguez, ¿Qué aporta de nuevo?, 2013).

3.6 EL TRABAJO SOCIAL RESIDENCIAL Y SUS ACTUACIONES GENERALES

En relación con la definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, los profesionales del trabajo social son los encargados de promover el cambio hacia ACP en relación con la atención a los mayores, involucrando a las personas y a las estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014).

En el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, se definen los roles y papeles de las diferentes profesiones que actúan en este sector social, entre estas se encuentra el Trabajo Social.

A la profesión se le atribuyen, entre otras, las siguientes funciones:

- *“Planificar y organizar el trabajo social del centro mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo.*
- *Colaborar y realizar aquellos estudios encaminados a investigar los aspectos sociales relativos a las personas usuarias.*
- *Ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de las personas usuarias y los que le sean pedidos por la dirección del centro. Facilitar información sobre los recursos propios, ajenos y efectuar la valoración de su situación personal, familiar y social. [...]*
- *Promover la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y sanitarios al objeto de establecer cauces de comunicación.*
- *Participar, con el equipo multiprofesional o departamento médico en la elaboración de las orientaciones o de la atención que necesiten las personas usuarias. [...]*
- *Hacer el seguimiento y en su caso realizar las visitas necesarias a las personas usuarias en centros sanitarios.*
- *Informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención social a la persona usuaria en el centro” (BOE, 2018).*

3.6.1 ACTUACIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Puesto que el ACP es un enfoque basado en el empoderamiento de las personas usuarias, los profesionales, en este caso los profesionales del trabajo social deben realizar un cambio de rol acorde con las demandas de este modelo sin perder la evidencia científica, para ello Teresa Martínez a unas indicaciones en relación con los profesionales:

“El profesional debe abandonar la idea de que es el único experto, recuperando y reforzando de este modo las competencias relacionadas con el acompañamiento, la provisión de apoyos, la orientación la motivación.

Nueva organización de los equipos de atención, donde los gerolocutores asumen una mayor responsabilidad y precisan de una mayor cualificación además el equipo técnico asume nuevos roles.

Precisa de una actitud humilde y abierta a la revisión.

Obliga a la coherencia entre lo que los profesionales declaran y hacen.

Apela a integrar las prácticas basadas en la evidencia que protegen a las personas y señalan los beneficios terapéuticos con las preferencias y decisiones de estas” (Martínez Rodríguez, 2013).

La misma autora, Martínez Rodríguez, en el documento número 7 del modelo ACP-gerontología donde habla sobre aplicar y evaluar la ACP en los servicios gerontológicos del año 2019, divide las actuaciones para llevar a cabo una buena praxis profesional en dos dimensiones.

La primera de estas dimensiones está dirigida a las prácticas centradas en las personas y engloba tanto las acciones profesionales estructuradas como las interacciones informales de la vida cotidiana. Los componentes que deben tenerse en cuenta por parte de las personas profesionales y por los que está formada esta primera dimensión son:

- A. Conocimiento de la persona, el reconocimiento de las personas mayores como personas únicas, reconociendo las características y factores de cada uno de los individuos.
- B. Autonomía, el apoyo y respeto hacia las decisiones tomadas individualmente por las personas mayores.
- C. Comunicación, el respeto y comprensión a la hora de comunicarse con las personas mayores, teniendo en cuenta su deterioro cognitivo.
- D. Individualización y bienestar, adaptando las necesidades y preferencias de cada persona a su propio bienestar.
- E. Intimidad, la protección de la información personal y asuntos más íntimos de cada una de las personas mayores.

La segunda dimensión trata sobre el entorno facilitador que promueve la adaptación de la persona mayor al centro al que se incorpora, teniendo en cuenta los siguientes componentes:

- F. Actividad cotidiana, engloba las actividades propuestas a las personas mayores adaptadas a sus preferencias y ofreciendo apoyo en estas si las personas participantes lo requieren.
- G. Espacio físico, la adaptación del centro a la accesibilidad y comodidades de las personas residentes.
- H. Familia y amistades, se anima a las redes sociales y de apoyo de las personas mayores a participar en sus cuidados y en la actividad del centro residencial.

- I. Comunidad, la estimulación de contacto social y relación entre las personas que se encuentran viviendo en el centro puesto que pueden reconocerse como apoyos mutuos además de mantener las relaciones sociales eternas al centro residencial.
- J. Organización, el apoyo a los profesionales para una metodología flexible y que pueda modificarse para una mejor adaptación a las necesidades de las personas mayores.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO

- La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo a través de Dialnet con los términos: dependencia, trabajo social, centros residenciales, modelos de intervención y mediante las páginas web oficiales del Gobierno de España y de Aragón en cuanto a normativa y legislación referente a la COVID. A pesar de encontrar información sobre estos términos, ha sido especialmente complicado encontrar referencias respecto a la COVID – 19 y es por ello por lo que se ha seleccionado este campo para llevar a cabo la investigación.
- Búsqueda intensiva de noticias en medios de comunicación para su posterior recopilación en un dossier (Anexo III. Dossier de noticias) donde se recogen las noticias más impactantes sobre la COVID – 19 a nivel nacional y autonómico como apoyo para verificar el impacto en la sociedad. El total de noticias consultadas han sido 65 aproximadamente, de las cuales se han seleccionado 13 que representan la realidad investigada. Las fuentes de consulta a nivel nacional a través de ABC, El País y RTVE Noticias y a nivel autonómico de Heraldo de Aragón, El Periódico de Aragón y Alto Aragón.

4.2 PARTICIPANTES

- La idea principal era obtener respuestas de 12 profesionales diferentes, 4 de cada provincia de Aragón, seleccionados a través del listado de Residencias de Mayores Inscritos en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales con fecha del 8 de abril de 2021. De estos 12 centros escogidos, el formulario fue enviado a 9 centros, puesto que existieron dificultades a la hora de contactar con esos centros. Finalmente el cuestionario fue cumplimentado por 6 de esas 12 personas profesionales obteniendo los siguientes resultados.
- Los 9 centros contactados para cumplimentar el cuestionario de la investigación han sido:

PROVINCIA	RESIDENCIAS
HUESCA	Residencia de ancianos Ciudad de Huesca
	Residencia de personas mayores de Tamarite de Litera
TERUEL	Residencia municipal de Valderrobres
	Residencia S.B. San Pablo
	Residencia Hogar del Santo Ángel
	Residencia de ancianos Casa Familiar la Inmaculada
ZARAGOZA	Residencia Parque Dorado II
	Residencia Torre del Ángel
	Residencia de ancianos Nuestra Señora de Rodanas

Tabla 5. Residencias participantes.

Fuente: Elaboración propia a través de consulta de datos en listado de Residencias de Mayores Inscritos en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales

4.3 INSTRUMENTOS

- Realización de un cuestionario para su posterior cumplimentación por parte de las personas profesionales. (ver Anexo I. Preguntas de la Encuesta).
- Análisis de los cuestionarios mediante los resultados obtenidos de los mismos.
- Conclusiones y propuestas a través del análisis y de la revisión bibliográfica realizada previamente al cuestionario.

4.4 TEMPORALIZACIÓN Y CRONOGRAMA

Las tutorías marcadas al inicio del procedimiento del trabajo, que fueron 8, han tenido lugar a lo largo del segundo semestre del curso académico 2020 – 2021, siendo el contacto constante tanto a través de sesiones de tutoría de una hora aproximada de duración como de contacto vía e – mail durante las semanas que no ha sido posible la coordinación para las tutorías. El seguimiento se inició la segunda semana de enero de 2021 y finalizando en junio del mismo año con un total de 12 sesiones de una hora aproximada de duración, correspondiendo al 21 de enero, 26 de febrero (e – mail), 3 y 23 de marzo, 13, 20 y 27 de abril, 6 (e – mail) y 11 de mayo y 2, 10 y 15 de junio.

Para el inicio de la investigación, lo primero que hice fue realizar una búsqueda intensiva de diversas fuentes de noticias en medios de comunicación sobre la COVID – 19, realizada durante 3 semanas, del 25 de enero al 14 de febrero.

La revisión bibliográfica se ha realizado entre mediados de febrero hasta mediados de abril, recopilando la suficiente información como para poder contrastarla posteriormente.

La redacción del cuestionario ha sido realizada durante dos semanas del mes de abril, de manera simultánea a la hora de escoger los centros residenciales con las que contactar y el contacto con las personas profesionales del trabajo social.

Las respuestas al cuestionario se han recogido durante el mes de mayo, desde el 3 de mayo hasta el día 28 del mismo mes.

El pertinente análisis de este cuestionario se ha realizado durante el mes de junio, del 31 de mayo al 10 de junio, a la par que la redacción de conclusiones y propuestas que se ha alargado una semana más, hasta el 16 de junio.

La entrega a la directora para su revisión para dar el visto bueno del TFG y poder realizar las últimas modificaciones ha sido durante la semana del 14 de junio.

El depósito final de este documento es el 21 de junio de 2021.

Cronograma:

ACTIVIDADES	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Elección línea temática	--X-	----	----	----	----	----	----	----	----
Presentación de propuesta a la directora	----	---X	----	----	----	----	----	----	----
Tutorías	----	----	----	--X-	--X-	-X-X	XXXX	-X—	XXX-
Búsqueda noticias sobre la COVID – 19	----	----	----	---X	XX—	----	----	----	----
Revisión bibliográfica	----	----	----	----	-XX-	--XX	XXXX	XX—	----

ACTIVIDADES	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Redacción de preguntas del cuestionario	----	----	----	----	----	----	-XX-	----	----
Recogida de respuestas de los cuestionarios	----	----	----	----	----	----	----	-XXX	----
Contacto con las trabajadoras sociales	----	----	----	----	----	----	---XX	-X—	----
Resultados y análisis de los cuestionarios	----	----	----	----	----	----	----	----	XXX-
Conclusiones y propuestas	----	----	----	----	----	----	----	----	XXX-
Entrega a la directora para revisión	----	----	----	----	----	----	----	----	--X-
Entrega final	----	----	----	----	----	----	----	----	---X

Tabla 6. Cronograma

Fuente: Elaboración propia.

4.5 OBJETIVOS

Objetivo General: detectar las diferencias que la crisis de la COVID – 19 ha provocado en la práctica del trabajo social residencial respecto a cómo se encontraba este sector antes de la aparición de esta crisis.

- Objetivo específico 1: conocer si dentro de la diferenciación de titularidad entre público y privado ha habido diferencias notables a la hora de llevar a cabo la práctica del trabajo social.
 - Búsqueda intensiva de noticias y realización de dossier de noticias (ver Anexo III. Dossier de noticias).
- Objetivo específico 2: destacar las demandas y propuestas realizadas por las personas profesionales del sector respecto a las políticas sociales dentro del ámbito residencial.
 - Redacción de las preguntas del cuestionario (ver Anexo I. Preguntas de la Encuesta) y posterior envío mediante correo electrónico para que pueda ser cumplimentado por las personas pertinentes.
 - Puesta en contacto con diversas personas profesionales que se encuentran ejerciendo el papel de trabajo social dentro de diferentes centros residenciales.
 - Análisis de las respuestas obtenidas en los cuestionarios.

4.6 HIPÓTESIS

Las hipótesis que plantea la investigación son las siguientes:

- Desde el área del trabajo social se deduce que debido a la COVID – 19 en la sociedad ha incrementado la conciencia sobre la importancia del trabajo realizado en el ámbito residencial.
- La COVID – 19 ha hecho que las personas profesionales del trabajo social reconozcan un cambio en sus funciones dentro del centro residencial.
- Las demandas producidas por la crisis de la COVID – 19 han obligado a adaptar las intervenciones realizadas por parte del trabajo social en el ámbito residencial.
- Las personas profesionales del trabajo social han detectado carencias en relación a la atención a las familias de las personas usuarias, siendo incapaces de gestionar este problema por la falta de tiempo producida por la COVID – 19.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO

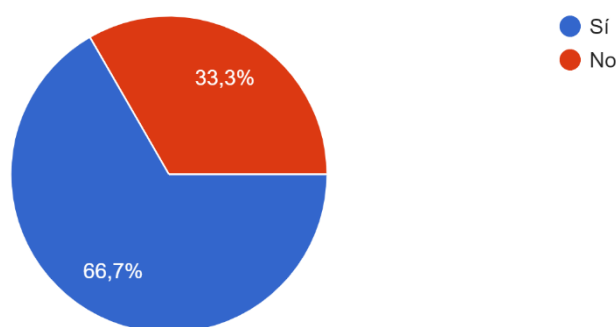
Cabe destacar que los formularios cumplimentados han sido respondidos en su totalidad por mujeres, por lo que desde este momento la redacción en referencia a las profesionales dentro del análisis se realizará en género femenino.

En respuesta a las preguntas 4 y 5, que hacían referencia a la valoración por parte de la sociedad hacia el sector residencial antes y después de la crisis de la COVID – 19. Un 66,7% coinciden en que en el momento anterior a la aparición de esta crisis el sector no estaba reconocido a nivel social, porcentaje que corresponde con que tras la aparición de esta crisis sí ha habido un cambio social y por tanto, ha aumentado la conciencia sobre este ámbito.

Sin embargo, dos de las seis encuestadas, han respondido que a pesar de todo lo vivido con la COVID – 19 la sociedad no ha sido capaz de tomar conciencia sobre la importancia de este sector.

¿Cree que tras la aparición de la Covid-19, la sociedad es consciente de la importancia del sector residencial?

6 respuestas



Gráfica 5. Resultados pregunta 5

Fuente: Gráfica y datos sustraídos del cuestionario.

Como respuesta a la pregunta 6 sobre teletrabajo, el 83,3% coincide en que ha continuado con su labor dentro del dentro residencial, lo que corresponde a 5 de las 6 encuestadas. La que ha respondido que sí ha teletrabajado explica que: “Durante la COVID estaba de baja maternal y de excedencia. Aunque durante un tiempo les ayudaba teletrabajando a realizar trámites”. Por tanto, a la siguiente pregunta: “¿cree que las intervenciones realizadas desde su puesto como profesional del trabajo social se adecúan al teletrabajo que ha realizado?” ha sido la única que ha respondido y dice encontrarse satisfecha con las intervenciones realizadas durante ese tiempo.

Esta encuestada se ha abstenido de responder las 2 preguntas correspondientes a las intervenciones del trabajo social pre y post COVID, estas corresponden con las preguntas número 11 y 12 respectivamente. Se desconocen los motivos de la falta de respuesta. En cuanto a la pregunta que refiere a las propuestas, la cual también se encuentra en blanco, sin conocer el motivo de por qué se ha abstenido.

En cuanto a la valoración sobre el papel del trabajo social residencial, existe una división de opiniones, ya que dos de las encuestadas piensan que el reconocimiento es suficiente y la otras tres coinciden en que no se valora bastante.

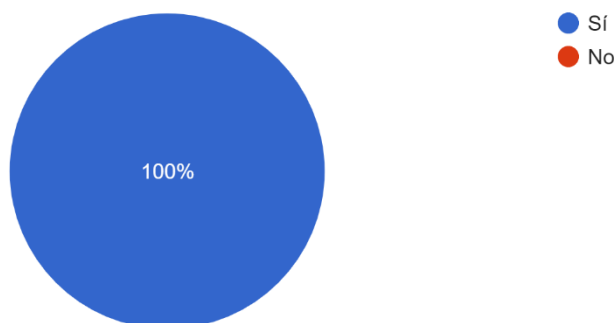
A pesar de que cada una lo describe a su manera, las tres coinciden en que el reconocimiento de su trabajo es escaso por parte de los colectivos que componen el ámbito residencial además de en que en muchas ocasiones las intervenciones que realizan, a pesar de ser muchas, podrían estar mejor definidas y adaptarse a una mejor asistencia de las personas residentes pero también opinan que es una tarea que no depende tan solo de su trabajo realizado como profesionales, sino que se trata de un quehacer colectivo entre el trabajo social, el equipo directivo del centro residencial y también por parte de la propia sociedad a la hora de concienciarse sobre la importancia del sector.

La única encuestada que respondió “No” a “¿Las funciones que ejercía con anterioridad a la COVID – 19 como profesional del trabajo social en el ámbito residencial se asemejan a las de ahora?” Lo justifica manifestando que la mayoría de las intervenciones realizadas son por y para la COVID resaltando que hay determinadas tareas que no puede realizar a causa de la situación.

Todas las encuestadas coinciden en que han percibido diferencias reseñables respecto al papel desempeñado como profesionales del trabajo social dentro del centro residencial en el que trabajan.

A la hora de realizar intervenciones durante la crisis de la Covid-19, ¿ha habido diferencias en cuanto al papel del trabajo social dentro del centro residencial destacables?

5 respuestas



Gráfica 6. Resultados pregunta 12

Fuente: Gráfica y datos sustraídos del cuestionario.

- Las 5 encuestadas han señalado diferencias destacables para ellas entre las que encontramos:
- “[...] si había casos activos había que coordinar la reubicación de residentes, valorar junto con los médicos el traslado a centros COVID, contacto con las familias, reorganización de funciones en el centro, [...]. Formaciones a los trabajadores sobre cómo ponernos y quitarnos EPIs, concienciar a los residentes sobre el uso de mascarilla, distancia de seguridad, higiene de manos permanente... Cambio en sus rutinas diarias [...]”.
 - “[...] ha habido que adaptarse a nuevas tareas de administración y seguimiento del centro con nuevas plataformas digitales creadas para este fin”.
 - “Necesidad de mayor seguimiento y apoyo a residentes y mayor demanda de la que ya existía por parte de los familiares [...]”.

- “[...] no había diferencias entre trabajador social, terapeuta, fisio o auxiliares, lo primero era el apoyo a los mayores en todos los sentidos y algo muy importante estar en contacto continuo con las familias informando en todo momento de la situación del centro”.
- “Nos ha tocado encargarnos de la preparación de visitas entre residentes y familiares y supervisión de estas visitas [...] que antes no se realizaban porque tanto los familiares podían entrar en el centro cuando quisiesen como los residentes salir. [...] no está tocando una labor comercial muchísimo mayor, tratando de contactar con diversas instituciones para conseguir aumentar la ocupación. [...]. Ahora disponemos de menos tiempo para la atención directa a residentes”

Una de las características en las que coinciden varias de las encuestadas son las diferencias de trato a los propios residentes y especialmente en la comunicación con las familias, lo que lleva a la siguiente pregunta sobre las carencias detectadas sobre los programas ofrecidos a los familiares en pleno auge de la COVID – 19. La totalidad de encuestadas coinciden en la falta de tiempo para tener la comunicación pertinente con las familias, que a pesar de estar preocupadas y pendientes de sus familiares residentes, no han obtenido la suficiente información de estas sobre cómo se encontraban, detectando la necesidad de tener más aparatos electrónicos que facilitaran esta comunicación entre ambas partes.

En cuanto a las propuestas personales de cada trabajadora social, todas tuvieron algo que aportar respecto a esta última pregunta que invitaba a la reflexión y propuesta de ideas para mejorar el sector residencial. A pesar de manifestarlo de formas diferentes, coinciden en que es importante centrar la atención en la persona de modo que favorezca también la comunicación con los familiares y por supuesto, se de a conocer la buena praxis dentro de los centros residenciales tras el mensaje negativo que ha dejado la COVID – 19 en la sociedad.

Para finalizar el cuestionario, se dejó un espacio por si las encuestadas consideraban puntualizar algún aspecto por el que no se les hubiera preguntado. Tan solo dos de ellas consideraron este espacio para exponer sus ideas.

La primera de estas manifestó su punto de vista de la sociedad hacia las personas mayores, sintiendo discriminación hacia las mismas frente a las personas con discapacidad lanzando la siguiente pregunta “¿por qué no se consideran igual las personas mayores frente a las personas con discapacidad a la hora de recibir ayudas?”.

La segunda hizo uso de este espacio para agradecer a diversas instituciones de las que ha recibido apoyo durante la COVID – 19 entre las que se encuentran el servicio EDORE y el IASS.

Tras de los resultados obtenidos, se puede llevar a cabo un análisis y comprobación de las hipótesis, divididas en tres bloques.

La primera hipótesis planteada es que la visión que se tiene desde el trabajo social es que la sociedad reconoce mejor la importancia de la profesión en el ámbito residencial tras la aparición de la COVID – 19.

Más de la mitad de las encuestadas al haber respondido en la pregunta 8 que el trabajo social no está suficientemente valorado hace que esta hipótesis se rechace ya que todas afirman que podría producirse una mejora en cuanto a las intervenciones realizadas por el trabajo social para incrementar el reconocimiento de la profesión entre la población y concretamente dentro del sector al que pertenecen.

Por tanto, no haber tenido el pertinente reconocimiento por los medios de comunicación, ha favorecido que el trabajo social siga siendo un desconocido para mucha población, a pesar de estar

haciéndose hueco entre las profesiones sociosanitarias imprescindibles que durante la COVID – 19 estuvieron trabajando en primera línea para conseguir el máximo confort de cada uno de sus usuarios.

Respecto las siguientes hipótesis planteadas, referentes a las intervenciones realizadas en el trabajo social residencial todas las entrevistadas coinciden en que han modificado la manera de intervenir en el centro residencial en el que se encuentran trabajando. Cada una de ellas puntualiza los diversos cambios que se han producido en su puesto de trabajo, siendo la falta de comunicación con las familias un factor común que se repite en todas las argumentaciones.

Las conclusiones de la confirmación de estas hipótesis se pueden realizar de manera conjunta, ya que ambas apuntan en dirección a las carencias detectadas respecto a las familias y coinciden todas las encuestadas en que las actuaciones llevadas a cabo no han favorecido la comunicación con las familias pese a que se ha dispuesto de herramientas, las profesionales coinciden en la falta de tiempo para poder comunicar a las familias la situación actual de sus familiares, puesto que la COVID – 19 y el descenso del número de contagios dentro de los centros era la máxima urgencia para todas las profesiones que se encontraban trabajando en los centros residenciales durante el inicio de la crisis.

A pesar de contar con una muestra más pequeña de lo que en principio se había referido, de los datos recogidos puede extraerse una conclusión principal y es que a pesar de las diversas opiniones que puedan tener las encuestadas acerca de si el trabajo social en el ámbito residencial está suficientemente valorado o no, tienen propuestas diversas que aportar desde el punto de vista del trabajo social que habría que escuchar puesto que llevan a replantear la verdadera necesidad de un cambio en el ámbito residencial y los mayores dependientes.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En respuesta a la pregunta formulada en el título de este trabajo se puede decir que la COVID – 19 sí ha tenido repercusión en el campo del trabajo social residencial y por tanto, pueden extraerse diversas conclusiones reforzadas por las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios.

Es importante destacar el poco reconocimiento que tiene el trabajo social en la sociedad, siendo bastante ignorado a nivel social, limitándose a un perfil muy definido como es el profesional de referencia de servicios sociales cuyas funciones no abarcan ningún colectivo en general, sino que una de sus características es la universalidad y son la puerta de entrada al sistema, sin tener unas funciones concretas sobre un colectivo y que por tanto, a pesar de ser una pequeña parte de los profesionales del trabajo social, no representan la totalidad de todos los que existen, puesto que es una profesión muy amplia y sus actuaciones abarcan los diferentes colectivos vulnerables que se presentan en la sociedad.

Se trata de una profesión altruista y solidaria que intenta velar por estos colectivos sociales, además de luchar por sus derechos y mitigar la problemática a la que se puedan ver enfrentados intentando conseguir mejoras constantes en cada uno de los ámbitos en que se centra. Igualmente, el trabajo social es en parte responsable de que los individuos se conciencien sobre la importancia de los diversos temas en los que la profesión está presente realizando los cambios pertinentes en la estructura social.

Con la llegada de la COVID – 19 a España, dentro de los centros residenciales se han destacado las actuaciones a niveles sanitarios reconociendo el papel de la medicina, la enfermería o el papel que han ejercido las personas auxiliares. El papel desempeñado por parte del trabajo social ha sido mucho mayor de lo que se ha mostrado en los medios de comunicación, siendo escaso por no decir nulo el reconocimiento de las labores llevadas a cabo por el trabajo social y las condiciones laborales pésimas a las que se han tenido que enfrentar junto con el resto de profesionales con los que comparte institución.

Es contradictorio que la primera hipótesis no se confirme con las respuestas obtenidas puesto que personalmente, considero que las funciones del trabajo social son difusas y no están bien definidas por una parte desde las normas legislativas vigentes y por otra, por la falta de conocimiento de estas a nivel teórico. Una buena manera de comprobar que esto es así sería comparando dos profesiones que actúan dentro del mismo marco como por ejemplo la enfermería y el trabajo social. Desde mi opinión creo que causaría más problemas a la persona que se dedica al trabajo social definir sus funciones que a la que cuya profesión es la enfermería, puesto que incluso las personas que no se dedican a esto podrían definir a grandes rasgos cuál es su papel respecto a la sociedad, a diferencia de lo que sucede con nuestra profesión.

Teniendo en cuenta esto y la importancia del trabajo multidisciplinar junto con la visión que aporta el trabajo social dentro del equipo habría que realizar una revisión de las normas legislativas vigentes que hablan del papel del Trabajo Social, concretamente en el ámbito de la dependencia, se puede entrever que en la propia normativa referente a dependencia, Ley 39/2006, a pesar de que se marca la figura del profesional del trabajo social como referente a la hora de mediar entre las personas residentes y la administración, no delimita sus funciones respecto al ámbito residencial o cualquier otro que englobe la ley, llevando así al punto en que la persona profesional, o incluso el equipo directivo del centro, defina sus propias funciones y actúe de la mejor manera que considere para el centro y sus residentes. Produciendo así este

desconocimiento por parte de todos los colectivos que conforman el centro residencial, desde los diversos profesionales con los que trabaja de manera conjunta el trabajo social hasta los residentes y sus familiares.

Otra propuesta posible para hacer frente a este problema sería adaptar los modelos establecidos actualmente en los centros residenciales al modelo ACP, incluyendo los pequeños grupos de personas que propone la teoría de este modelo para brindar una atención más directa a los residentes y facilitando el trabajo de todas las profesiones al tener un trato más cercano.

Cabe la probabilidad de que si esta medida se hubiera tomado antes de la aparición de la COVID – 19 el número de contagios en las personas mayores se hubiera visto significativamente reducido, puesto que las personas residentes hubieran tenido contacto estrecho con un número menor de personas y hubiera sido más fácil aislar por este tipo de grupos pequeños que a centros residenciales enteros, llegando a invadir espacios personales en los que de manera cotidiana los residentes usaban para realizar diversas actividades.

Con los resultados obtenidos en los cuestionarios, se entreve que el colectivo más olvidado de los que conforman el ámbito residencial son las familias y esto se demuestra con la falta de programas dirigidos a ellos, puesto que las intervenciones están realizadas por y para los residentes, sin tener en cuenta que un apoyo fundamental para estos son sus vínculos más próximos y en los que se han apoyado antes de formar parte del centro residencial en el que se encuentran actualmente.

Por tanto, sería interesante iniciar programas que incluyeran actividades en las que el objeto principal fuera el mantenimiento y fortalecimiento del vínculo entre los residentes y sus familiares, generando así una mejor adaptación a la nueva forma de vida dentro del centro residencial por ambas partes y reforzando el fin con el que fueron creados los centros residenciales que es conseguir el mayor confort posible de las personas mayores que se encuentren en una situación de dependencia y no les sea posible continuar viviendo en su domicilio habitual, adaptando el centro a las preferencias subjetivas de cada uno de estos individuos y hacerles la vida más fácil.

Junto con los programas e implementando esta nueva manera de convivencia se puede favorecer el abandono del estigma que envuelve a los centros residenciales, que se ha visto afectado negativamente con la COVID – 19, confiando de nuevo en las instituciones y dándoles la importancia que merecen junto con la oportunidad de cuidar a los mayores en un entorno dedicado a ellos, favoreciendo y mejorando el desarrollo de su autonomía personal.

Finalmente, se puede afirmar que la evolución e investigación en el campo del trabajo social es una misión cuyos responsables son los propios profesionales que pertenecen a este ámbito estando en continua formación para poder atender a los usuarios de la manera más personal y subjetiva posible, apoyados por las leyes, medidas y políticas sociales establecidas por parte el Gobierno Central para que la sociedad pueda avanzar hacia una estructura que favorezca en la medida de lo posible a todos y cada uno de los individuos que conformamos la sociedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ABC. (07 de 05 de 2020). Las muertes de mayores en residencias rondan ya las 17.000 durante la pandemia en España. Obtenido de https://www.abc.es/sociedad/abci-muertes-mayores-residencias-rondan-17000-durante-pandemia-espana-202005071412_noticia.html
- ABC. (07 de 07 de 2020). Sanidad cifra en 27.359 las muertes en residencias el 20 de junio cuando el Gobierno admitía 28.322 en el recuento global. Obtenido de https://www.abc.es/sociedad/abci-sanidad-cifra-27359-muertes-residencias-aunque-admite-escasa-fiabilidad-datos-202007070836_noticia.html
- Academia Nacional de Medicina. (2013-2014). *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*. México: Intersistemas. Obtenido de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- BOA. (16 de 01 de 2007). *DECRETO 5/2007, del Gobierno de Aragón, competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón*. Obtenido de <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=173246502525>
- BOA. (05 de 09 de 2016). *Orden CDS/1210/2016, regulación de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Obtenido de https://www.cermiaragon.es/images/01._Nuevo/Legislaci%C3%B3n/boa-dependencia-modificacion.pdf
- BOA. (08 de 07 de 2020). *Orden CDS/569/2020, de 8 de julio, por la que se adoptan medidas de prevención y contención en los centros de servicios sociales especializados para hacer frente a la crisis sanitaria de la COVID-19*. Recuperado el 07 de 06 de 2021, de <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1121461824040&type=pdf>
- BOE. (04 de 07 de 2018). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Recuperado el 10 de 02 de 2021, de Jefatura del Estado: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- BOE. (21 de 09 de 2018). VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía. Madrid. Recuperado el 08 de 04 de 2021, de <https://www.boe.es/boe/dias/2018/09/21/pdfs/BOE-A-2018-12821.pdf>
- BOE. (10 de 06 de 2020). *Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Recuperado el 07 de 06 de 2021, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-5895-consolidado.pdf>
- BOE. (14 de 03 de 2020). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de. Obtenido de <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
- Consejo de Europa. (18 de 09 de 1998). Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Recomendación Nº (98) 9. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>
- Esteban Herrera, L., & Rodríguez Gómez, J. Á. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Revista de Enfermería*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200007#:~:text=El%20concepto%20de%20residencia%20para,higiene%20y%20confort%2C%20fomentando%20la
- Europa Press. (11 de 09 de 2020). Las residencias en Aragón mantienen abiertos 61 brotes, que afectan a 933 usuarios y 299 trabajadores. *Alto Aragón*. Obtenido de

- <https://www.diariodelaltoaragon.es/noticias/aragon/2020/09/14/los-contagios-de-coronavirus-empiezan-a-incrementarse-entre-los-mayores-en-aragon-1221595-daa.html?autoref=true>
- Europa Press. (16 de 04 de 2020). Las residencias suman casi ocho de cada diez fallecidos por coronavirus en Aragón. *El periódico de Aragón*. Obtenido de <https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/2020/04/16/residencias-suman-ocho-diez-fallecidos-46539355.html>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014). *Definición Global de Trabajo Social*. Obtenido de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Giró Miranda, J. (2005). El envejecimiento demográfico. *Envejecimiento, salud y dependencia*(42), 17-42. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1165456>
- Gobierno de Aragón. (08 de 04 de 2021). Residencias Mayores Inscritos en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales. Aragón. Recuperado el 16 de 04 de 2021, de <https://www.aragon.es/documents/20127/2523242/WEB+RESIDENCIAS+INSCRITOS+PROVINCIAS+PARA+ENTREGAR+MAYORES+%288%29.pdf/4f7163c5-e941-e6ce-9490-6bf52c42391f?t=1617869167406>
- Gran Enciclopedia Aragonesa. (s.f.). *Análisis sobre la población aragonesa*. Recuperado el 22 de 03 de 2021, de La población aragonesa: http://www.encyclopedia-aragonesa.com/monograficos/geografia/poblacion_aragonesa/analisis_aragonesa.asp
- Heraldo de Aragón. (22 de 09 de 2020). El Justicia urge un cambio del modelo residencial tras superar el 80% de las muertes por covid en el estado de alarma. Obtenido de <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2020/09/22/el-justicia-urge-un-cambio-del-modelo-residencial-tras-concentrar-el-80-de-los-fallecimientos-por-coronavirus-en-aragon-1396417.html?autoref=true>
- Heraldo TV. (10 de 03 de 2020). Aragón suma 38 casos de coronavirus, 3 de ellos en una residencia de ancianos de Teruel. Zaragoza. Obtenido de <https://www.heraldo.es/multimedia/videos/aragon/aragon-suma-38-casos-de-coronavirus-3-de-ellos-en-una-residencia-de-ancianos-de-teruel/>
- Heraldo TV. (04 de 04 de 2020). Las residencias de mayores de Aragón suman 168 fallecidos y 687 positivos. Zaragoza. Obtenido de <https://www.heraldo.es/multimedia/videos/aragon/las-residencias-de-mayores-de-aragon-suman-168-fallecidos-y-687-positivos/>
- IAEST. (01 de 01 de 2021). *Datos avance de la explotación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero del año en curso*. Obtenido de Instituto Aragonés de Estadística: <https://www.aragon.es/-/datos-avance.-padron-continuo>
- IAEST. (01 de 01 de 2021). *Indicadores demográficos según provincia de residencia*. Recuperado el 22 de 03 de 2021, de Padrón Municipal de Habitantes: https://bi.aragon.es/analytics/saw.dll?Go&path=/shared/IAEST-PUBLICA/MENUWEB/Demografia/030201/C01P_CE&Action=Navigate&NQUser=granpublico&NQPassword=granpublico&Options=df
- IASS. (16 de 07 de 2020). *Dependencia. Prestación de Servicios*. Recuperado el 06 de 04 de 2021, de Instituto Aragonés de Servicios Sociales: <https://www.aragon.es/-/dependencia.-prestacion-de-servicios#anchor4>
- IASS. (2020). *Fichas descriptivas de Centros residenciales del IASS*. Obtenido de Centros. Residencias. Fichas: <https://www.aragon.es/-/iass.-centros.-residencias#anchor3>

- IMSERSO. (2019). *Informe anual IMSERSO*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Secretaría de Estado de Derechos Sociales, Madrid. Recuperado el 07 de 04 de 2021, de <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informeannual2019.pdf>
- IMSERSO. (2019). *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España*. Madrid. Recuperado el 07 de 04 de 2021, de https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/datos_ssppmmesp2019.pdf
- IMSERSO. (2021). *Actualización nº 6. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales*. Obtenido de https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_resid_20210404.pdf
- IMSERSO. (2021). *Impacto del COVID-19 en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)*. Obtenido de https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/evo_sisaad_covid19_202103.pdf
- INE. (22 de 09 de 2020). *Tablas de Mortalidad proyectadas 2016-2065: Esperanza de Vida por edad y sexo*. Recuperado el 18 de 03 de 2021, de Hipótesis nacionales de evolución demográfica 2016-2065: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p278/p04/e2/l0/&file=01001.px&L=0>
- INE. (01 de 01 de 2021). *Población por comunidades y ciudades autónomas y tamaño de los municipios*. Recuperado el 22 de 03 de 2021, de Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2915>
- INE. (01 de 01 de 2021). *Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma*. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de Indicadores de Estructura de la Población: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451&L=0>
- Isarre, O. (14 de 09 de 2020). Los contagios de coronavirus empiezan a incrementarse entre los mayores en Aragón. *Alto Aragón*. Obtenido de <https://www.diariodelaltoaragon.es/noticias/aragon/2020/09/14/los-contagios-de-coronavirus-empiezan-a-incrementarse-entre-los-mayores-en-aragon-1221595-daa.html?autoref=true>
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *¿Qué aporta de nuevo?* Obtenido de Atención Centrada en la Persona: <http://www.acpgerontologia.com/acp/queaportadenuevo.htm>
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *Su origen y recorrido*. Obtenido de La Atención Centrada en la Persona: <http://www.acpgerontologia.com/acp/suorigenyrecorridodocs/suorigenyrecorrido.htm>
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *Tenemos retos*. Obtenido de La Atención Centrada en la Persona: <http://www.acpgerontologia.com/acp/tenemosretos.htm>
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La Atención Centrada en la Persona en los Servicios Gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Fundación Pilares.
- Martínez Rodríguez, T. (2019). El modelo ACP-gerontología. Una propuesta para aplicar y evaluar atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. *Serie Documentos. Acpgerontología(7)*. Obtenido de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/docACPGERONTOLOGIA7.pdf>
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M., & Rodríguez, P. (2014). *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. 1.- La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención?* Fundación Matia.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M., & Rodríguez, P. (2014). *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. 7. Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. El plan de atención y vida*. Fundación Matia, País Vasco.

- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 175-185. Obtenido de <https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-pdf-S1697260016000028>
- Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. (2020). *Informe del grupo de trabajo COVID-19 y residencias*. Obtenido de https://www.msbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Obtenido de https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/IT_Coronavirus.pdf
- Miralles Riojano, Á., & Reyes Reñones, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Revista de enfermería*, 26(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400004
- Montagut, T. (2006). *El impacto del Tercer Sector aragonés en las áreas de educación, salud y bienestar social*. Zaragoza: Consejo Económico y Social de Aragón. Recuperado el 20 de 04 de 2021
- Montañés, E. (14 de 05 de 2020). Siete de cada diez de los 27.000 muertos en España por coronavirus estaba interno en un centro de mayores. *ABC*. Obtenido de https://www.abc.es/sociedad/abci-siete-cada-diez-27000-muertos-espana-coronavirus-estaba-interno-centro-mayores-202005140112_noticia.html
- Morgan, S., & Yolder, L. (2011). A concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 6-15. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/51504937_A_Concept_Analysis_of_Person-Centered_Care
- OMS. (10 de 11 de 2020). *Información sobre la COVID-19*. Obtenido de Questions&Answers: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Fundación Pilares para la autonomía personal .
- RTVE Noticias. (07 de 07 de 2020). 18.000 muertes en residencias de ancianos por coronavirus. España. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=4PXSKvkLL4A>
- RTVE Noticias. (11 de 06 de 2020). Mayores, cuando el virus llegó a las residencias. España. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=JJ0WiOzVdmc>
- RTVE Noticias. (07 de 03 de 2021). Casi 30.000 muertos en residencias desde el inicio de la pandemia. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=xQISqQNGiaA>
- Sosa Troya, M. (15 de 04 de 2020). Al menos 11.600 personas han muerto en residencias de servicios sociales por coronavirus. *El País*. Obtenido de <https://elpais.com/sociedad/2020-04-15/al-menos-11600-personas-han-muerto-en-residencias-de-servicios-sociales-por-coronavirus.html>
- Sosa Troya, M. (30 de 04 de 2020). Al menos 3.600 personas han muerto en residencias de mayores por el coronavirus. *El País*. Obtenido de <https://elpais.com/sociedad/2020-04-03/al-menos-3500-personas-han-muerto-en-residencias-de-mayores-por-el-coronavirus.html>

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I. PREGUNTAS DE LA ENCUESTA

Se adjunta el enlace de la encuesta realizada a las personas profesionales del trabajo social en el ámbito residencial, realizado a través del Formulario de Google y mediante el cual se han extraído los resultados. El formulario es el siguiente: <https://forms.gle/y67hsqLxSPGhRJDq9>

PREGUNTAS:

1. Seleccione su sexo
2. ¿Cuál es su formación?
3. ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito residencial como profesional del trabajo social?
4. Desde su punto de vista, antes de la aparición de la COVID-19 ¿considera que el sector residencial estaba suficientemente valorado a nivel social?
5. ¿Cree que tras la aparición de la COVID-19, la sociedad es consciente de la importancia del sector residencial?
6. ¿Considera que las medidas tomadas en el ámbito residencial tras la llegada de esta crisis han favorecido en la medida de lo posible a este ámbito?
7. ¿Ha estado teletrabajando durante la COVID-19?
8. Si su respuesta a la anterior pregunta ha sido sí, ¿cree que las intervenciones realizadas desde su puesto como profesional del trabajo social se adecúan al teletrabajo que ha realizado?
9. Desde su punto de vista, ¿considera que está suficientemente valorado el papel del trabajo social en este ámbito?
10. ¿Las funciones que ejercía con anterioridad a la COVID-19 como profesional del trabajo social en el ámbito residencial se asemejan a las de ahora?
11. En caso de haber respondido no en la anterior pregunta, ¿cómo ha afectado esta crisis en el desempeño de sus funciones como trabajador/a social en el centro residencial?
12. A la hora de realizar intervenciones durante la crisis de la COVID-19, ¿ha habido diferencias en cuanto al papel del trabajo social dentro del centro residencial destacables?
13. En caso de haber respondido sí a la anterior pregunta, ¿cuáles son esas diferencias?
14. Como profesional del trabajo social, ¿qué propuestas realizaría para mejorar el ámbito en el que desarrolla su actividad profesional? (tras la aparición de la crisis de la COVID).
15. Si considera necesaria hacer alguna aportación que no se haya tratado durante el cuestionario, este espacio está dirigido a ello.

8.2 ANEXO II. CARTA DE PRESENTACIÓN

Buenos días,

Mi nombre es Sara Escrig Troncho, estudiante de 4º curso de Trabajo Social en la Universidad de Zaragoza.

Estoy realizando el Trabajo de Fin de Grado que en mi caso consiste en conocer cómo ha afectado la COVID-19 al Trabajo Social residencial, puesto que ha sido el ámbito residencial el más afectado por la COVID-19 (especialmente durante la primera oleada). Para ello, estoy realizando una investigación en la cual creo indispensable el punto de vista de las personas profesionales del trabajo social desde este sector.

Quise realizar mi investigación del Trabajo de Fin de Grado sobre el sector de la dependencia, las personas mayores y el ámbito residencial, ya que considero que es uno de los más invisibilizados socialmente y no ha sido hasta la llegada de la COVID – 19 cuando se le ha prestado la suficiente importancia. Además, teniendo en cuenta del envejecimiento que se produce en nuestro país, considero de gran importancia realizar continuas investigaciones a cerca de este sector social, puesto que es un alto porcentaje de la población y tenemos que aprender a convivir con el, lo que incluye estar informados de la mejor manera posible sobre lo que sucede.

Considero imprescindible en mi investigación la participación de profesionales del trabajo social como vosotras, puesto que al encontraros en primera línea en el momento en el que se inició la crisis de la COVID – 19, conoceréis mejor que nadie las necesidades surgidas en el ámbito residencial y de esta manera, me sea más fácil poder plasmar las propuestas que desde el punto de vista profesional se puedan realizar.

El siguiente cuestionario consiste en una serie de 15 preguntas con su correspondiente análisis en mi Trabajo de Fin de Grado. Todas las respuestas son anónimas por lo que agradezco la participación para poder conocer el impacto que ha causado la crisis del COVID – 19 en el sector residencial.

A pesar de ser un cuestionario anónimo, me gustaría saber si estáis interesadas en que el nombre del Centro Residencial en el que os encontráis trabajando como profesionales aparezca en mi Trabajo de Fin de Grado.

Es importante que sepáis que para responder y mandarme el cuestionario hay una fecha límite que es el viernes 28 de mayo, ya que necesito un periodo de tiempo para redactar las conclusiones a las que me llevarán vuestras respuestas.

Si necesitáis poneros en contacto conmigo porque os surge alguna duda, no dudéis en hacerlo, para ello os facilito mi correo de la Universidad 759388@unizar.es y el de mi directora del Trabajo de Final de Grado, Ana López Martínez, por si necesitáis consultar algo con ella: analopezm@unizar.es .

En cuanto dé por finalizada la investigación llevada a cabo en el Trabajo de Fin de Grado, os haré llegar el mismo, puesto que sin vuestra participación no hubiera sido lo mismo y considero que es muy importante el feedback con las personas que colaboran para que estudiantes, como yo en este caso, podamos llevar a cabo trabajos de este tipo.

El formulario que tenéis que rellenar es el siguiente: <https://forms.gle/vjmRML9oYqUrUFUR7>

Gracias de antemano por la participación, espero vuestra respuesta.

Sara Escrig Troncho. Universidad de Zaragoza | Grado en Trabajo Social

8.3 ANEXO III. DOSSIER DE NOTICIAS

Las siguientes capturas de pantalla han sido extraídas de diversas páginas web de prensa digital que muestran la realidad vivida en las residencias desde el momento en el que se inició la crisis de la COVID – 19.

Fuente: (Heraldo TV, 2020)



Fuente: (Sosa Troya, 2020)



Fuente: (Europa Press, 2020)

COVID-19

Las residencias suman casi ocho de cada diez fallecidos por coronavirus en Aragón

EL PERIÓDICO / EUROPA PRESS

16/04/20 | 16:20



Las muertes de mayores en residencias rondan ya las 17.000 durante la pandemia en España

Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla y León son las regiones más afectadas



La UME hace tareas de desinfección en una residencia de ancianos de San Adrián del Besòs - Ines Baucells

ABC

Actualizado 07/05/2020 14:12h

GUARDAR

Fuente: (ABC, 2020)

Siete de cada diez de los 27.000 muertos en España por coronavirus estaba interno en un centro de mayores

El Informe anual del Defensor del Pueblo evidencia el desinterés nacional en cambiar de modelo asistencial y proteger a los internos. Critica que las residencias están muy justas de personal y con plantillas «incorrectamente» formadas.

Coronavirus en España: cifras y últimas noticias en directo



Una voluntaria en una residencia de ancianos de Cataluña - EP

El País Montañés - UCIUM

Actualizado 14/05/2020 09:17h

GUARDAR

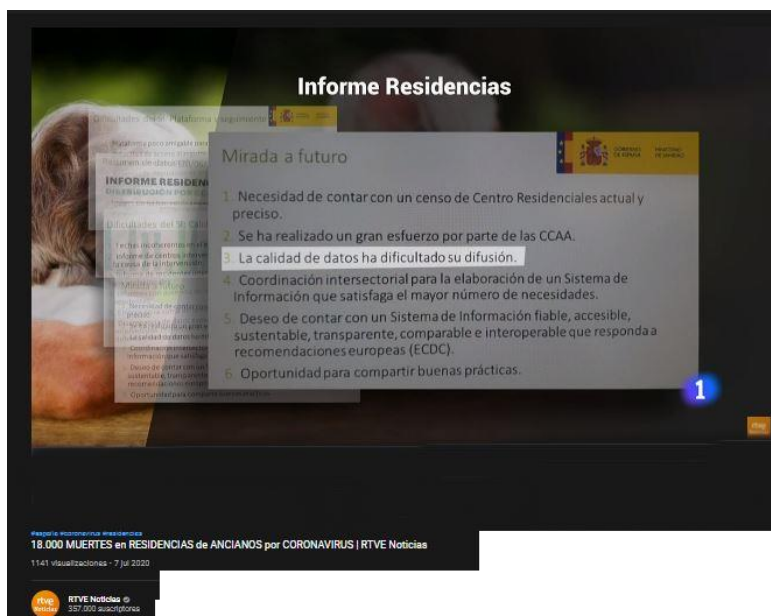
Fuente: (Montañés, 2020)



Fuente: (RTVE Noticias, 2020)



Fuente: (ABC, 2020)



Fuente: (RTVE Noticias, 2020)

Fuente: (Heraldo de Aragón, 2020)



Fuente: (Europa Press, 2020)

Fuente: (Isarre, 2020)





Fuente: (RTVE Noticias, 2021)