



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Trabajo Social en Residencias de Personas Mayores.

Social Work in Residences for the elderly people.

Autora

Lucía Holgado Remiro

Director/es

M^a Dolores de Pedro.

Facultad de Ciencias de la Salud

MASTER UNIVERSITARIO GERONTOLOGÍA SOCIAL

Curso 2019-2020

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Marco teórico	4
2.1. Envejecimiento de la población	4
2.2. Trabajo social.....	6
2.2.1. Definición de trabajo social.....	6
2.3. ¿Qué es la gerontología social?.....	8
2.4. Trabajo Social Gerontológico	9
2.4.1. Principios del trabajo social con mayores	9
2.4.2. Funciones del trabajo social gerontológico	10
2.4.3. Objetivos del trabajo social gerontológico	12
2.5. Trabajo social en residencias de mayores.....	16
2.6. La pandemia del covid-19	16
2.6.1. Información epidemiológica	17
2.6.2. Información sobre la enfermedad	17
2.6.3. Normativa realizada durante la pandemia relacionada con los mayores	19
2.7. Políticas públicas dedicadas a mayores.....	22
3. Metodología	25
4. Trabajo social residencial en el ámbito gerontológico	26
4.1. La intervención del trabajo social gerontológico residencial en situaciones de emergencia. Covid-19.	34
5. Análisis y conclusiones	37
5.1. Propuestas y consideraciones.....	40
6. Bibliografía	42
7. Anexo 1	48
8. Anexo 2	49
9. Anexo 3	53
10. Anexo 4	54
11. Anexo 5	55
12. Anexo 6	57

1. INTRODUCCIÓN.

Cuando comencé a trabajar como trabajadora social en una residencia de mayores, me surgieron numerosas dudas sobre el desempeño de la profesión en dicha área. Por lo que comencé a buscar información en diversas fuentes y descubrí que no hay mucho escrito sobre las funciones del trabajador social en las residencias de mayores. Con el paso del tiempo fui descubriendo que lo que dice la escasa bibliografía es una pequeña parte de un todo.

Por lo que cuando me planteé la temática del trabajo de fin de máster, pensé que sería interesante seguir profundizando sobre mi duda inicial.

La pregunta que intento dar respuesta en este trabajo es: ¿Cuáles son las funciones del trabajador social en las residencias de mayores? para dar respuesta a esta pregunta me he encontrado con una gran dificultad, la falta de bibliografía en castellano destinada a este sector.

Además, durante la realización del mismo se produjo el inicio de la gran pandemia mundial que estamos viviendo y que ha provocado alteraciones en mi análisis sobre las perspectivas de la población envejecida. Por lo que decidí, además, observar las funciones que se derivaban de la intervención de un profesional del trabajo social durante la pandemia. Lo que me llevo a observar las vivencias y desarrollo de tareas novedosas que se han dado en las residencias de mayores.

Este trabajo está estructurado en diferentes apartados, en primer lugar, está el marco teórico donde se exponen en grandes líneas la situación actual de las personas mayores en nuestro país y explico el significado de trabajo social tanto a nivel global como destinado a la gerontología. En segundo lugar, explico la metodología utilizada para la recogida y análisis de la información, así como los problemas con los que me he encontrado durante la misma.

El tercer apartado recoge la cuestión principal, el trabajo social en residencias de mayores, donde se cuenta la labor que realizan los profesionales de este sector, objetivos, funciones, actividades, etc. Algo que ha modificado la labor de los trabajadores sociales durante este año ha sido la pandemia que estamos sufriendo. Por lo que me parecía interesante hacer un apartado específico donde se explica qué es el COVID-19, cómo está afectando y lo que se está realizando en las residencias de mayores para evitar contagios y evitar el deterioro del mayor.

Terminada ya la exposición de las funciones de los trabajadores sociales y selección de aquellas formulaciones más significativas para el ámbito gerontológico se aportan una serie de propuestas para mejorar el trabajo que se realiza en las residencias de personas mayores.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Envejecimiento de la población.

Cecilia García (2017) refiere que el envejecimiento poblacional es el cambio que se produce en la estructura de la población, cuyas características son la disminución de la tasa de mortalidad, la disminución de la tasa de nacimientos y el aumento de la esperanza de vida. Según García-Valdecasas (2019) el envejecimiento es la combinación de los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Actualmente la proporción de personas mayores de 65 años es mayor debido a que las personas vivimos más años y a que ha disminuido la natalidad.

En el informe de proyecciones de población española del año 2018 que realizó el Instituto Nacional de Estadística (INE), comunicó que el “porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 19,2% del total de la población, pasaría a ser del 25,2% en 2033.”; “La población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasaría de las 11.248 personas en la actualidad a 46.366 dentro de 15 años.” (2018). En tan solo unos 15 años el porcentaje de población subiría un 6%, lo que demuestra que la sociedad cada vez va a ser más envejecida. Actualmente esta proyección no es real por el cambio poblacional que ha provocado la pandemia de Covid-19. Según datos de INE (2020), durante los meses de pandemia han fallecido 198.550 mayores de 65 años. Este dato es más alto que la mitad de fallecidos que hubo en todo el 2019 en la misma franja de edad.

En Aragón, el número de personas mayores ha sido más volátil. La siguiente tabla muestra los habitantes mayores de 65 de los últimos 4 años, se puede ver un aumento progresivo de todas las franjas de edad menos de las que van desde los 75 años a los 84 años.

Tabla 1. Habitantes en Aragón mayores de 65 años

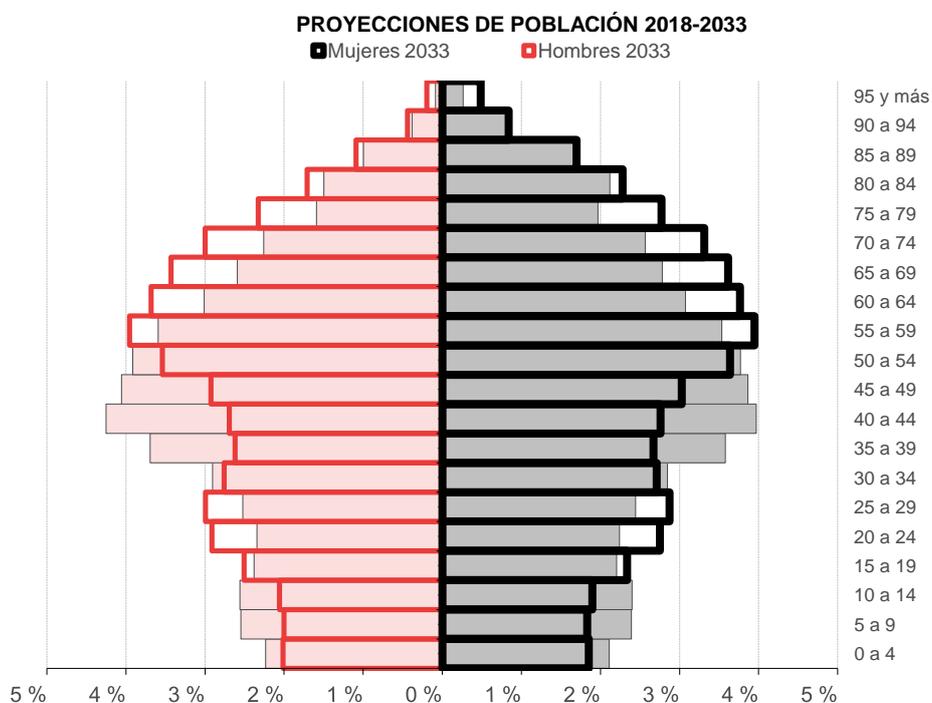
	2016	2017	2018	2019
Edad	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos
65 a 69	69.221	69.187	70.355	70.434
70 a 74	59.590	61.728	63.231	64.746
75 a 79	48.200	46.286	46.725	49.567
80 a 84	49.686	49.599	47.401	44.209
85 a 89	33.028	33.978	34.954	35.707
90 a 94	14.799	15.329	15.658	16.007
95 y más	3.837	4.258	4.596	4.859

Datos extraídos del IAEST: <https://www.aragon.es/-/piramides-de-poblacion.-aragon>

En el año 2018 el índice de envejecimiento en Aragón estaba en 115,9 % mientras que en España se encontraba en un 97% (2018), lo que demuestra que la comunidad Autónoma de Aragón está muy envejecida.

El Instituto Aragonés de Estadística (IAEST), ha realizado las proyecciones de población de Aragón desde el año 2018 hasta el año 2033. Como se observa la siguiente pirámide poblacional los mayores de 65 años siguen en aumento, mientras que los menores de 10 años continúan en detrimento.

Figura 1: Pirámide de población por grupos quinquenales. Proyección de población 2018-2033.



Fuente: IAES, extraído de: <https://www.aragon.es/-/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>

Lo mismo que ocurre con las estimaciones del INE sobre las proyecciones del envejecimiento de la población ocurre con la proyección de IAEST. En Aragón durante la pandemia el número de fallecidos mayores de 65 años es de 6.266, un dato muy alto teniendo que cuenta que es más de la mitad de fallecimientos que hubo en el año 2019 en la misma franja de edad.

Si nos fijamos en las proyecciones podemos observar que el número de personas en situación de dependencia crecerá exponencialmente, necesitando cada vez más profesionales que les cubran sus necesidades básicas de la vida diaria. Pero actualmente debido a la pandemia que estamos sufriendo es incierta la evolución del envejecimiento en España y Aragón. El pico de contagios no desciende y aunque ahora afecta más a población joven, se cree que pueden volver a provocar un aumento de fallecidos en los mayores de 65 años, debido a su gran vulnerabilidad por las enfermedades crónicas que muchos tienen.

2.2 TRABAJO SOCIAL

Definición de trabajo social

Para saber las actuaciones de una trabajadora social en el ámbito de mayores primero debemos conocer qué es el trabajo social. María José Aguilar (2013) refiere que el trabajo social nació para dar respuesta a una serie de necesidades humanas. Conforme va evolucionando la profesión se han ido creando diversas corrientes de pensamientos, entre las que destaco dos, una de ellas establece como objeto del trabajo social las necesidades sociales y su satisfacción, otra corriente plantea como objeto el individuo en situación-problema, incluyendo el entorno.

Ambas corrientes están en lo correcto porque los trabajadores sociales actuamos desde el nivel individual hasta el nivel colectivo. Numerosos estudios establecen como objetivos de esta profesión facilitar el acceso a los recursos de las personas en situación de vulnerabilidad y hacer que esos recursos sean efectivos. Pero estos autores limitan el trabajo únicamente a la esfera de recursos públicos, excluyendo diferentes actuaciones, como la intervención destinada al empoderamiento personal o la coordinación con las redes vecinales.

Tricia Hussung (2017) explica que el objetivo del trabajo social es “mejorar la vida de sus clientes proporcionando acceso a recursos y servicios que satisfagan sus necesidades específicas”. También afirma que la oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos (Bureau of Labor Statistics) publica que los trabajadores sociales “ayudan a las personas a resolver y hacer frente a los problemas en su vida cotidiana”.

Aguilar Ibáñez (2013) refiere los siguientes roles profesionales:

1. “Gestor y mediador entre personas e instituciones.
 2. Asesor, orientador y consejero social.
 3. Terapeuta social.
 4. Investigador de problemas, necesidades y conflictos sociales, e identificador de recursos y potencialidades para la acción.
 5. Movilizador de recursos externos e internos.
 6. Planificador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida
 7. Evaluador de servicios, programas y de su propia intervención social.”
- (pag.63-65)

Teniendo en cuenta todo lo anterior podemos hacernos una idea de la gran dimensión del trabajo social. Se suele tomar como referente la definición que realizó el Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, la cual presentaron a los miembros de ambas organizaciones en sus respectivas Asamblea/Junta la definición global del Trabajo Social consensuada en Melbourne en julio de 2014.

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

En este trabajo opto por entender que el trabajo social es una profesión destinada a garantizar el bienestar social de toda la población. A través de diferentes técnicas se observan los recursos personales con los que cuenta la persona y mediante diferentes recursos públicos o privados se pretende afianzar esos recursos, reforzarlos y dar nuevas herramientas para mejorar en su día a día, favoreciendo así su vida en comunidad y sus relaciones personales.

2.3 ¿Qué es la gerontología social?

Filardo Llamas (2011) define gerontología como “la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de las personas en particular desde todos sus aspectos: biológico, psicológico, socio-económico y cultural”

Para Piña Moran (2006) la gerontología “analiza el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológica, psíquica, económica, política, educativa y social. Se trata del estudio de la vejez desde un enfoque interdisciplinario, siendo su propósito conocer el proceso de envejecimiento y la práctica profesional que permita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.” Si vamos más allá esta autora (2018) vuelve a definir gerontología social, pero añade el término de gerontología explicativa que la define como la forma de explicar la ocurrencia de los fenómenos que estudia y de las relaciones que se dan entre ellas. De esta forma se cosifica el análisis del proceso de envejecimiento, la etapa de la vejez y a las personas mayores. Tanto la definición de Filardo como la de Piña refieren que la gerontología estudia el proceso de envejecimientos en todos los aspectos, pero en la definición de Piña se habla de que su propósito es conocer la profesión que permita mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Por lo que se va más allá de conocer y analizar, Piña piensa en cómo se actuará con este colectivo para favorecer su bienestar.

Jorge Paola (2019) recuerda las palabras del autor Ricardo Moragas y Moragas, el cual comenta que los problemas que surgen durante el envejecimiento deben de ser resueltos por las profesiones implicadas en gerontología (derecho, medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, terapia ocupacional, entre otros).

2.4 Trabajo social gerontológico

Una vez presentado, a grandes rasgos lo que es el trabajo social y la gerontología, voy a exponer las condiciones para adentrarse en el perfil del trabajo social en el ámbito de la gerontología, citado en la bibliografía como trabajo social gerontológico.

El trabajo social gerontológico es “la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos.” (García M. , 2012, págs. 9-34)

Volviendo al autor Piña Moran (2006), hace la siguiente definición de trabajo social gerontológico, “campo de acción que apunta a potenciar el capital social individual, familiar, grupal y comunitario de los adultos mayores, mejorando la calidad de su vida social y su desarrollo humano, a través de una intervención social basada en enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos”.

2.4.1 Principios del trabajo social con mayores.

El California Education Center Social Work (2015) establece ocho principios básicos en la atención a personas mayores.

1. Favorecer la independencia del mayor, aumentando su calidad de vida.
2. Los servicios tienen que centrarse en las fortalezas, necesidades y preocupaciones del mayor.
3. Las relaciones familiares deben de ser fomentadas.
4. Realizar el diseño del programa en base a los orígenes, cultura y situación de la persona.
5. También deben de ser abordadas las necesidades de aquellos mayores que han sido desfavorecidos durante su vida.
6. Los mayores tienen el derecho de permanecer en sus hogares con el apoyo de los servicios comunitarios.
7. Las personas con déficit cognitivo tienen que contar con un marco legal y servicios protectores tanto de su familia como públicos.
8. Servicios continuados, accesibles, coordinados y eficaces.

2.4.2 Funciones del trabajo social gerontológico.

Antes de señalar las funciones del trabajo social, hay que tener en cuenta que desde esta profesión se interviene a distintos niveles, para Carmen Cecilia González (2002) estos niveles son : individual¹-familiar, comunitario, grupal y organizacional, desplegando numerosas estrategias, tales como la intersectorialidad, la promoción de derechos, la participación de los mayores en los diferentes escenarios sociales, así como el trabajo con las diferentes redes comunitarias.

Las funciones del trabajador social gerontológico son las mismas que en el resto de los sectores en los que actúa esta profesión, siendo el objeto de atención las personas mayores y su entorno.

Para Martín García (2012), las funciones del trabajo social gerontológico las clasifica en distintos niveles: funciones preventivas, funciones promocionales, funciones asistenciales y funciones rehabilitadoras. Van destinadas a movilizar todos los recursos para dar una buena respuesta a las necesidades de las personas mayores y su entorno y así prevenir el incremento de la dependencia y discapacidad.

Patricia Marcos (2011) nos comenta que las funciones básicas de un trabajador social en gerontología residencial son:

- ◆ Atención social individual, grupal y comunitaria. Cuando llega un residente nuevo hay que hacerle una buena acogida para intentar que la adaptación al centro sea la mejor posible. Posteriormente y a lo largo de su estancia en la residencia se le va a realizar una serie de documentación para mejorar su calidad de vida. La atención grupal es cuando el trabajador social organiza actividades que fomentan la unión de los residentes y mejoran las relaciones entre ellos. Y se habla de trabajo comunitario porque se tiene que estar en continua comunicación con los recursos del entorno de los mayores.

¹ La autora no contempla la atención individual, sin embargo, considero que es importante tenerla presente el trabajo social primero se centra en el individuo y posteriormente en su entorno.

- ◆ Atención social familiar: no hay que olvidar que el residente tiene una familia que también lo está pasando mal con la incorporación de su familiar a la residencia por ello hay que informales, orientarles, asesorarles y acompañarlos.

La labor de las trabajadoras sociales de residencias privadas queda instaurada por la norma que rige esas residencias que es el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (2018) (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio). En este convenio en el artículo 17 explica las funciones de todos los trabajadores de la residencia, en el caso del trabajador social serían las siguientes:

“Desarrollará las funciones que se detallan a continuación así como aquellas que le sean solicitadas y que tengan relación con las mismas y/o con su titulación o competencia profesional:

- Planificar y organizar el trabajo social del centro mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo.
- Atender en el proceso de ingreso y realizar la historia y ficha social de la persona usuaria.
- 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.
- Realizar atención directa, tanto a nivel individual, grupal y comunitario.
- Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y de su entorno.
- Participar en la preparación y puesta en marcha de programas de adaptación de las personas usuarias al centro.
- Coordinar los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural.

- Participar en la comisión técnica.
- Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a las personas usuarias principalmente con las entidades e instituciones.
- 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.
- Participar en la asignación y cambio de habitaciones y mesas del comedor con el departamento de enfermería y la dirección.
- 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.”

2.4.3 Objetivos del trabajo social gerontológico

Los objetivos que se tienen con este colectivo al iniciar una intervención serían los siguientes (2020):

- Aumentar su capacidad de resolución de problemas, mediante la información y la colaboración del profesional.
- Informar de los recursos y el acceso a el mismo. Para ello se realiza un asesoramiento y se ejercita la toma de decisiones.
- Motivar a los mayores a defender sus derechos frente a las instituciones, movilizandolos colectivos, capacitando a los mayores y denunciando a través de organismos de participación.
- Motivar la participación del mayor con su entorno. Realizando tareas de sensibilización, educación...
- Tener voz a la hora de la realización de políticas sociales destinadas a los mayores

Los objetivos que plantea el Ayuntamiento de Zaragoza, en la Ordenanza de los Centros Municipales de Convivencia para Personas Mayores² aprobada el 5 de febrero de 2010 (2010), están relacionados con la labor de los trabajadores sociales en los servicios de personas mayores. Estos objetivos son los siguientes:

1. “Ser espacio de encuentro para los Mayores, orientado a favorecer el desarrollo de relaciones sociales.
2. Favorecer la participación activa del Mayor en el ámbito municipal para su plena integración, impulsando la apertura del colectivo hacia su entorno personal y social y promoviendo su bienestar social.
3. Apoyar los procesos de auto-organización y fomento del asociacionismo entre las Personas Mayores.
4. Proporcionar medios e iniciativas orientadas a favorecer la ocupación positiva del ocio y tiempo libre de los Mayores.
5. Ofrecer servicios y actividades a los Mayores adecuados a sus necesidades e intereses, favoreciendo su papel activo en la sociedad y actuando en un ámbito preventivo tanto social como personal.
6. Atender la demanda de los usuarios relacionadas con las actividades y servicios de los Centros y potenciar la existencia de nuevas demandas.
7. Proporcionar servicios personales a los usuarios que mejoren su calidad de vida.” (Artículo 1)

Una vez identificados los principios, las funciones y los niveles, estamos en condiciones de presentar, en modo de tabla que se expone seguidamente, la intervención desde el trabajo social gerontológico

² Refiero la ordenanza de los Centros de Convivencia de Zaragoza, porque la residencia donde desarrollo mi actividad laboral está ubicada en el municipio de Zaragoza.

Tabla 2. La intervención del trabajo social³			
OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Atender la problemática social del usuario	Identificación de la situación de riesgo social	Observación	Escalas de riesgo social
Información, orientación y asesoramiento en materia de asistencia social	Facilitar el acceso a los mismos	Entrevista individual	Informe social
Favorecer el bienestar de la persona	Integración en su medio	Entrevista familiar o visita domiciliaria.	Cronograma de actividades.
Promover el desarrollo de las capacidades de las personas	Fomentando la responsabilidad en la resolución de problemas.	Participación en grupos	Realización de grupos de apoyo social socioeducativos.
Facilitar el acceso de recursos sociales	Informando a la persona y su familia de la cartera de recursos existentes	Derivación a otros recursos	Informe de derivación.
Prevenir las recaídas que incluyan motivos de entorno social o contexto	Desarrollas actividad de prevención, promoción y asistencia	Estudio Social	Historia social

Fuente: ADÁMEZ, R., CORREA, A., (2016), *El rol del trabajo social en Psicogeriatría*, Norte de salud mental, vol. XIII, Nº 54, pág13.

Las anteriores actuaciones se pueden dar en diferentes servicios tanto públicos como privados. Filardo Llamas (2011), establece cuatro grandes recursos sociales para atender a esta población: Prestaciones residenciales, prestaciones no residenciales (centros de día, SAD, teleasistencia, etc.), prestaciones técnicas (prótesis, adaptación del hogar, etc.), Programas de ocio y tiempo libre.

³ Originalmente se titula “Técnicas del trabajador social para la intervención social”, pero la tabla no sólo habla de técnicas, también habla de objetivos, actividades, instrumentos, por lo que he decidido cambiarle el título por uno más global.

Jorge Paola (2019) comenta que los trabajadores sociales intervienen tanto en la gerontología comunitaria, la cual se da en el entorno del mayor (familia, amigos, vecinos, etc.), como en la gerontología institucional, aquella cuya intervención se da en los organismos públicos o privados que atienden a las personas mayores.

En general la mayoría de los autores coinciden en que el trabajo social gerontológico es la disciplina que promueve el bienestar social de las personas mayores trabajando con ellas y su entorno en potenciar sus capacidades y buscar una alternativa en el caso que sea necesario. Las funciones del trabajador social (explicadas en la pág.11) son las mismas que con el resto de colectivos, pero siempre teniendo en cuenta la historia de vida del usuario y su estado clínico, en el caso de que por su estado sanitario no sea posible realizar una actuación con el usuario se debe contar con la familia o la red cercana para intentar mejorar la calidad vida de la persona. Por eso es tan importante contar con la familia desde el principio de la intervención, los miembros de la misma forman el pilar más importante para el usuario.

La recomendación de los profesionales especializados en gerontología es que los mayores residan en su propia casa el mayor tiempo posible, en países como Suecia lo ven como una forma de prevenir el deterioro y disminuir la estancia en los hospitales (2017), por lo que vamos a analizar los servicios comunitarios de las personas autónomas que previenen la aparición de dependencia. En primer lugar, los centros para mayores, se trata de un lugar donde se fomenta la convivencia, la autonomía personal, la realización de actividades socioculturales y de ocio, y la promoción de la salud.

Dentro de los centros de mayores hay diferentes servicios destinados a mejorar su autonomía como: servicios de información y asesoramiento, servicio de comedor, cafetería, prensa y lectura, servicio de actividades de ocio y tiempo libre, servicio de actividades formativas, ocupacionales, preventivas y de mantenimiento, actividades de participación social y voluntariado.

El autor Jorge Paola (2019) opina que los centros de mayores deben de ser el filtro de los servicios sociales, deben de considerarse como centro base de los servicios comunitarios para mayores, canalizando las necesidades y demandas de este sector poblacional.

Una vez expuestas las diferentes dimensiones del trabajo social en el ámbito de la gerontología, se voy a profundizar en el ámbito residencial, puesto que es un ámbito que ha existido siempre, pero en los últimos años ha cobrado más protagonismo.

2.5 Trabajo social en residencias de mayores

Gran parte del trabajo social gerontológico se da en centros residenciales. Es un sector que está en auge debido a la longevidad de la población, además de que las circunstancias de la atención a los mayores han cambiado, debido a la incorporación de las mujeres al trabajo, el aumento de la esperanza de vida, ect.

Teniendo en cuenta esto no podemos dejar de lado el trabajo que se realizan en los centros residenciales. En el “libro blanco de Atención a las personas en situación de Dependencia” (2005) definen centro residencial como “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”

Como afirma Julio Pérez Díaz, (2018), en los últimos años ha habido un aumento de plazas en los centros residenciales, el perfil sigue siendo mayoritario femenino y la edad media cada vez es más alta, actualmente están rondando los 84,7 años.

Silvia Patricia Cury (2018), afirma que el bienestar del mayor en una residencia depende de su relación con los profesionales que están con el, con los demás residentes, con las normas de convivencia y con su grado de satisfacción de participación en la vida comunitaria.

El objetivo del trabajador social residencial es buscar el bienestar de los residentes, para ello hay que realizar una intervención global, trabajando con la persona mayor individualmente, pero también de forma grupal con la familia, sus amigos, la comunidad, etc.

2.6 La pandemia del covid-19

En los últimos meses nos hemos visto sometidos a una situación sanitaria global, producida por el virus denominado COVID-19, que ha modificado nuestra forma de vida. Debido a este virus las relaciones sociales se han visto afectadas, por la imposibilidad de reunión y de tener contacto estrecho con familiares y amigos. Por ello le dedico un apartado, ya que esta nueva forma de vida ha hecho que los trabajadores sociales modifiquemos nuestra forma de actuar con los residentes.

Actualmente estamos en medio de una emergencia sanitaria y social, para Isabel Ramírez (2002, pág. 59) el objetivo general de la intervención en emergencias de los trabajadores sociales es evitar el deterioro del bienestar social y prestar apoyo, planificar la intervención social y las necesidades sociales y contribuir a la educación de la población.

2.6.1 Información Epidemiológica

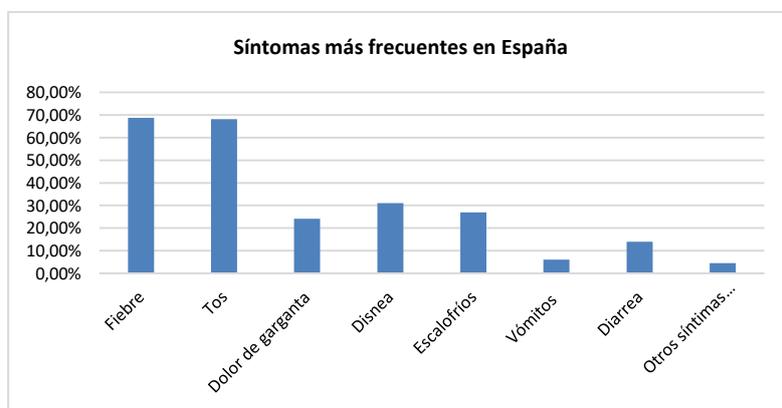
Según la información científica que aporta el Ministerio de Sanidad (Sanidad, 2020)⁴. Los coronavirus se caracterizan por producir cuadros clínicos que van desde un simple resfriado a, en los casos más graves, Síndromes Respiratorios Agudos. Generalmente se transmite a través de las secreciones de personas infectadas, por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras y la mano, seguida del contacto con la mucosa de la boca, nariz y ojo

Normalmente el periodo de incubación medio es de 5-6 días, pudiendo llegar a ser 24 días.

2.6.2 Información sobre la enfermedad

En España con 18.609 casos confirmados, los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (68,7%), tos (68,1%), dolor de garganta (24,1%), disnea (31%), escalofríos (27%), vómitos (6%), diarrea (14%) y otros síntomas (4,5%).

Figura 2. Elaboración propia con los datos obtenidos de: Sanidad, M. d. (2020). Información Científica-Técnica. Enfermedad por Conronavirus, COVID-19. Recuperado el 2020, de https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf



Según los datos del Gobierno de España el número de contagios, hospitalizaciones y fallecimiento causados por el COVID-19, a día de 22 de junio de 2020 fueron los siguientes (COVID-19 C. , 2020)

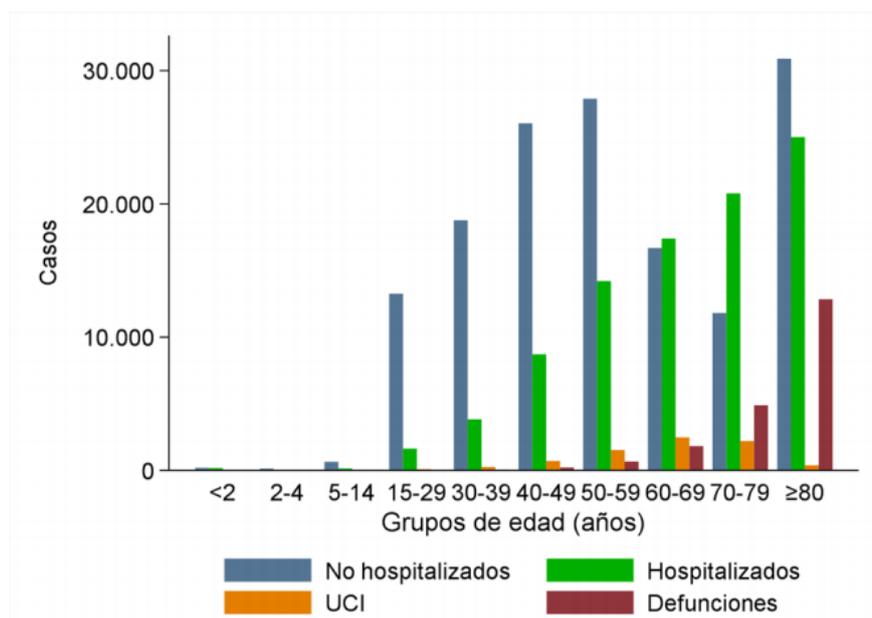
Tabla 3. Repercusión COVID-19 en España

CCAA	CASOS TOTALES	CASOS HOSPITALIZADOS	FALLECIDOS
ANDALUCÍA	12.895	6.319	1.426
ARAGÓN	6.011	2.683	911
ASTURIAS	2.435	1.117	333
BALEARES	2.188	1.170	224
CANARIAS	2.415	953	162
CANTABRIA	2.344	1.054	216
CASTILLA LA MANCHA	17.987	9.408	3.022
CASTILLA Y LEÓN	19.527	8.761	2.779
CATALUÑA	60.754	29.315	5.666
CEUTA	163	14	4
C. VALENCIANA	11.494	5.808	1.431
EXTREMADURA	3.011	1.772	519
GALICIA	9.175	2.935	619
MADRID	71.359	42.364	8.416
MELILLA	126	45	2
MURCIA	1.653	680	147
NAVARRA	5.415	2.045	528
PAÍS VASCO	13.727	6.994	1.555
LA RIOJA	4.073	1.488	365
ESPAÑA	246.752	124.925	28.325

Como se puede observar el mayor número de casos confirmados por COVID se da en Madrid y Cataluña por ser las zonas más habitadas de la península y por el alto turismo que tienen.

Pero ¿cómo ha influido según las edades de las personas?, en la siguiente figura se muestra el número de contagios por grupos de edad. Como se puede observar la franja de edad a partir de 80 años ha sido la más golpeada por Covid-19, debido a la vulnerabilidad de nuestros mayores.

Figura 3. Distribución del número de casos de COVID-19 por grupos de edad y situación clínica en España (n=250.273 casos notificados) a 29 de mayo de 2020.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (33, 2020).

2.6.3 Normativa realizada durante la pandemia relacionada con los mayores

A lo largo de la pandemia el estado a promulgando numerosas normas dependiendo de cómo evolucionaba la enfermedad. A continuación, voy a hacer referencia a la normativa estatal que ha modificado la forma de vida las personas mayores y también voy a nombrar la normativa del Gobierno de Aragón que toma las medidas oportunas para este colectivo.

Normativa Estatal

La primera norma que marca el comienzo de una nueva forma de vida es el *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (2020)*⁵. El objetivo de esta orden es proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos a la vez que se refuerza el sistema sanitario.

A través de este RD, se limitó la movilidad de los ciudadanos, así comenzó el confinamiento. En el artículo 7 establece una serie de motivos por los que pueden salir las personas de su casa, los cuales quedan detallados en el ANEXO 1.

Esta norma fue modificada por el Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020)⁶. Las modificaciones que se realizan son en base a disminuir las exigencias de la norma anterior, dando ciertas libertades a diversos comercios para que puedan abrir como es el caso de las ortopedias, clínicas veterinarias, ópticas, entre otros.

Este estado de alarma fue prorrogado seis veces, la primera el 27 de marzo, la segunda el 10 de abril, seguida de la del 22 de abril, la cuarta vez fue el 8 de mayo, la quinta el 22 de mayo y por último el 5 de junio.

La siguiente norma señalada ya es específica de las residencias de mayores y los centros socio-sanitarios. El 21 marzo se publica en el BOE la *Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.* (2020)⁷

Esta orden es muy importante para conllevar la pandemia ya que la población mayor y con discapacidad se encuentra en situación de especial vulnerabilidad, por su avanzada edad, comorbilidades y la imposibilidad en muchos casos de distancia de seguridad con sus cuidadores y compañeros de residencia. Establece una clasificación de tipos de residentes en relación a la pandemia (ANEXO 2). Además, establece una serie de medidas para organizar el funcionamiento de las residencias con Covid-19, estas medidas están explicadas en el ANEXO 2.

El 24 marzo salió publicado en el BOE la *Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios*

*sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020)*⁸

El objetivo de esta norma es establecer medidas complementarias para los centros residenciales tanto públicos como privados. A través de esta orden se estima que los centros residenciales puedan ser intervenidos por la autoridad competente de la comunidad autónoma, en función de la situación epidémica y asistencial de las residencias o territorio.

La Orden analizada anteriormente queda modificada por la *Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020)*⁹.

Normativa Autonómica

El 13 de marzo salió publicada la ORDEN SAN/207/2020, de 13 de marzo, de la Consejería de Sanidad, por la que se adoptan medidas preventivas y recomendaciones de salud pública en la Comunidad Autónoma de Aragón por la situación y evolución del COVID-19 (2020). Al día siguiente de publicar en el BOA esta ORDEN, el Gobierno Central proclamó el Estado de Alarma por lo que se cerraron los centros no residenciales y los centros residenciales tenían prohibidas las visitas y las salidas de los residentes.

El 21 de marzo se tomaron medidas relativas a las residencias de mayores y centros sociosanitarios mediante la ORDEN, de la Consejería de Sanidad, con motivo de la situación de crisis sanitaria provocada por el COVID-19 (2020). En esta ORDEN, se habilita el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales para poner en marcha los dispositivos especiales de cuidados COVID-19. Debido al colapso de los hospitales se crearon varios Centros COVID, se habilitaron una serie de instalaciones para poder llevar allí a las personas contagiadas que residen en residencias y así proteger al resto de residentes de un posible contagio.

Además, cada centro residencial cuenta con un profesional de referencia de Salud Pública para realizar el seguimiento de los casos.

En el comienzo de la desescalada el Gobierno de Aragón sacó una nueva ORDEN de levantamiento gradual de medidas del confinamiento en los centros de servicios sociales especializados (2020). Mediante esta orden queda permitido el ingreso de un nuevo residente, siempre y cuando se mantenga un 10% de las plazas reservadas para los casos COVID. A partir de este momento se pueden volver a realizar actividades grupales manteniendo las normas de higiene de manos y distancia de seguridad.

El 13 de mayo se publicó la ORDEN SAN/373/202, por la que se establecen nuevas medidas relativas al desconfinamiento gradual en los centros de servicios sociales especializados (2020).

No es hasta el 25 de mayo, con la nueva ORDEN CDS/406/2020, de 25 de mayo, por la que se establecen nuevas medidas relativas al desconfinamiento gradual en los centros de servicios sociales especializados (2020), cuando se permiten las visitas de los familiares a la residencia, con una serie de normas como mantener la distancia de seguridad, uso de mascarillas, desinfección de manos y toma de temperatura y saturación de los familiares que vengan de visita.

2.7 Políticas públicas dedicadas a las personas mayores.

La atención de las personas mayores se encuentra dentro de lo que llamamos Servicios Sociales, el cuarto pilar del Sistema de Bienestar. La competencia en materia de asistencia y bienestar social la tiene cada Comunidad Autónoma. Aragón asumió esta competencia en su Estatuto de Autonomía aprobado en 1982.

En 2009, Aragón implanta la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón (2009). Mediante la cual se pretende garantizar el derecho universal de acceso a los servicios sociales, para promover el bienestar social y contribuir al desarrollo de las personas. Los servicios sociales están integrados por un conjunto de recursos, prestaciones y proyectos, tanto públicos como privados, destinados a la atención de la población y contribuyen a cumplir los objetivos propios de los servicios sociales (Artículo 2) detallados en el ANEXO 3.

El desarrollo de esta Ley se materializó en el Catálogo de Servicios Sociales (2011), este catálogo ha sufrido algunas modificaciones por lo que el más actual es el del año 2011. Se trata del instrumento que determina el conjunto de prestaciones y recursos sociales para el conjunto de la población. Más concretamente para las personas mayores recogen recursos que van desde la teleasistencia hasta alojamientos permanentes (ver ANEXO 4).

Aunque la norma más dedicada a las personas mayores es la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAAD) (2006). Esta ley fue creada debido a los cambios demográficos que se estaban dando, ya que la pirámide de población se está invirtiendo y bajo el gobierno estatal y autonómico del partido socialista español.

La ley tiene por objeto:

“regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.” Y realizar una “acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.” (BOE: N°299).

Los objetivos que plantean el sistema para la autonomía y la atención a la dependencia (SAAD) son:

1. Potenciar la autonomía personal
2. Proteger y atender las situaciones de dependencia ya establecidas.

Las personas que quieran acceder a la cartera de servicios de SAAD tienen que ser valorados integralmente por un profesional, el cual le hará valoración en el área social, física, mental y funcional, mediante unas escalas. Con esta información junto con los recursos económicos que cuenta el futuro dependiente se le realiza el Plan Individualizado de Atención (PIA).

La actual legislación identifica tres grados diferentes:

1. GRADO I: dependencia moderada, cuando la persona requiere ayuda al menos una vez al día.
2. GRADO II: dependencia severa, cuando el individuo necesita ayuda para hacer las actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día.
3. GRADO III: gran dependencia, cuando el usuario requiere necesita ayuda varias veces al día por su pérdida total de autonomía.

Para que una persona pueda tener designado un grado tiene que pasar por una valoración integral que permite detectar los problemas de salud que tiene el usuario y saber que recurso es más idóneo.

Gandoy Crego, M y González Rodríguez, R (2018) establecen los siguientes objetivos de la valoración integral:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en función de un diagnóstico físico, funcional, mental y social.
- Descubrir problemas no detectados previamente.
- Conocer los recursos de la persona y su entorno familiar.
- Situar a la persona en el nivel sanitario y social más adecuado a sus necesidades, para evitar su deterioro y en consecuencia la dependencia.
- Establecer las limitaciones y severidad de las mismas o la pérdida de la funcionalidad.
- Evaluar la autonomía del individuo, para establecer las ayudas técnicas que necesita en sus actividades básicas de la vida diaria.
- Planificar el tratamiento médico, rehabilitador y llevar un control de la evolución del usuario.

Tras la valoración integral, los profesionales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, analizan los resultados y establecen a través del PIA el recurso más acorde a la persona con dependencia. El catálogo de servicios y prestaciones se encuentra determinado en la LAAD. Los servicios que establece la Ley quedan detallados en el ANEXO 5.

Este sería el procedimiento para ser declarado dependiente y recibir un recurso, pero el mismo no termina con esto, sino que en el caso de que la situación de una persona declarada dependiente sea modificada por diferentes causas como, por ejemplo: empeoramiento de la situación sanitaria del usuario, modificaciones en la economía, etc. Se puede solicitar una revisión para que el recurso asignado sea acorde a la nueva situación.

La mayor parte del trabajo que se realiza en residencias tiene una estrecha relación con garantizar el derecho que tiene los usuarios de ser declarados dependientes y percibir una prestación o un servicio por ello. Actualmente desde que se realiza la solicitud hasta que se declara dependiente pasa un año y hasta que comienzan a percibir la prestación año y medio. Por lo que no es un recurso para necesidades urgentes. Para ello hay otro tipo de recursos que son gestionados o bien desde el ayuntamiento o bien desde la comunidad autónoma para evitar el desamparo en este colectivo.

El recurso que nos interesa en este trabajo es el residencial, la norma que garantiza que los mayores reciban una buena atención y que establece las actuaciones que hay que seguir en las residencias es el Pliego de prescripciones técnicas del contrato de servicios, mediante acuerdo marco, de plazas en centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia en Aragón (2014). En el punto 4 de esta orden (ANEXO 6) dice cómo se debe cuidar al mayor en todos los aspectos higiene, alimentación, rehabilitación y atención social.

3. METODOLOGÍA

Para realizar esta investigación, en una primera fase, realicé una búsqueda de referencias bibliográficas en diversos buscadores y revistas especializadas en trabajo social, entre ellos se encuentran: Dialnet, Revista de Servicios Sociales y Política social, Revista TSDifusion, Revista Trabajo Social Hoy, Revista Trabajo Social, Cuadernos de Trabajo Social, Revista Rumbos de TS, Revista Derecho Social y Empresa, Revista Panorama Social, Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, Revista Alternativas. Cuaderno de Trabajo Social y Revista Documentos de Trabajo social. También he consultado páginas oficiales como la página del IMSERSO, Gobierno de Aragón, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, INE, IAEST y Ayuntamiento de Zaragoza.

Las palabras clave que he utilizado son: “Trabajo social” para recoger información sobre la profesión a nivel global, “Trabajo social gerontológico” y “social work residential” para artículos específicos de gerontología, “envejecimiento poblacional” para conseguir datos sobre el envejecimiento y las tendencias, y para hablar de la pandemia he utilizado las siguientes palabras clave “covid-19”, “personas mayores”.

La selección de artículos ha sido mediante los siguientes criterios, empecé seleccionando artículos a partir de 2010 pero como veía que había muy poca bibliografía amplíe hasta 2000. El idioma tenía que ser en español y en inglés, tendrían que hablar sobre personas mayores, trabajo social, trabajo social y mayores y Covid-19. Del análisis de todos ellos he ido componiendo y seleccionando lo que desde mi valoración estaba más de acuerdo con mi experiencia y reflexión sobre las funciones que una trabajadora social en el ámbito gerontológico residencial puede y debe ejecutar.

4. TRABAJO SOCIAL RESIDENCIAL EN EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO.

Al hablar de trabajo social lo hago desde la óptica de que es una profesión que desarrolla su actividad profesional en equipos interdisciplinarios, en contacto directo con diferentes profesionales ya que una atención integral de la persona mayor requiere de una intervención interdisciplinar.

Para realizar una intervención global el profesional debe de tener en cuenta una serie de ítems de la persona mayor. Primero hay que saber, como dice Rubén Yusta (2016) que en las residencias se crea un ecosistema social diferente. Este ecosistema tiene su población, su propio ambiente y un sistema de normas y valores establecidos. Por lo tanto, el profesional que trabaje en estos entornos tiene que conocer el estilo de vida que se desarrolla y los agentes que intervienen, junto con las normas generales de convivencia.

En segundo lugar, según Yusta, tenemos que conocer a la persona mayor en su globalidad para ello hay que valorar tres aspectos fundamentales:

1. **Estado del residente:** tanto el estado físico como el cognitivo para saber que cuidados y apoyos necesita para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Cuando hablamos de estado físico de un residente, hablamos de las características de la persona en materia de movilidad que le pueden limitar en su día a día, la mayoría de las personas dependientes se pueden englobar en tres grados de movilidad:

- 1.1. *Sin problema de movilidad*: se incluyen a las personas que no presenten grandes problemas de movilidad y a aquellos que se ayudan de un bastón o muleta.
- 1.2. *Movilidad Reducida*: se englobaría a todas las personas que necesitan ayudas técnicas para desplazarse por sí mismos (andador o silla de ruedas) y que puedan tener dificultades para acceder a diferentes accesos.
- 1.3. *Encamado*: aquellas personas que por su deterioro pasan la mayor parte del día acostados.

Cuando nombramos el estado cognitivo hacemos referencia a la situación que se encuentra la mente en procesos como el aprendizaje, la atención, el razonamiento, la memoria, el lenguaje, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Hay cuatro categorías de deterioro:

- 1.4. *Sin deterioro cognitivo*: cuando se mantienen las capacidades mentales intactas.
- 1.5. *Deterioro cognitivo leve*: Cuando comienzan a sufrir pérdidas de memoria leves.
- 1.6. *Deterioro cognitivo moderado*: cuando se es incapaz de desarrollar su día a día sin ayuda.
- 1.7. *Deterioro cognitivo grave*: cuando debido a su situación no puede mantener ningún tipo de relación social. Suele ir acompañado de una situación de dependencia absoluta para las ABVD.

Las limitaciones que tiene tanto físicas como cognitivas marcan su estado de ánimo y emocional.

2. **Situación Familiar**: el apoyo familiar determina el estado general del residente. La familia debe ser tomada en cuenta en todo momento. Hay que saber que cuando un residente ingresa en un centro es un cambio muy grande

para él y para todo su entorno generando sentimientos de abandono y culpabilidad. Debemos tomar a esta parte como un punto de apoyo. Nuestra actitud debe ser empática y comprensiva para reducir los niveles de estrés que genera la situación. Podemos observar tres categorías diferentes del estado familiar:

- 2.1. *Fuerte apoyo familiar*: cuando la familia se involucra en el día a día del residente, manteniendo contacto continuo con los profesionales. Suelen ser tomados como punto de apoyo en la intervención.
- 2.2. *Apoyo familiar débil*: cuando el residente tiene familia, pero realizan un apoyo básico y no interactúan mucho con la residencia.
- 2.3. *Sin apoyo familiar*: cuando el residente se encuentra sin apoyo familiar, porque carece de ellos. En esta ocasión son los profesionales del centro los que suplen la función de los familiares dentro del centro residencial.

3. Situación ambiental: hace referencia al grado de adaptación del residente al centro. Suelen intervenir aspectos como las relaciones dentro del centro, la participación en actividades, su grado de conformidad con el centro, etc. Se pueden observar tres categorías que describan la situación ambiental del residente:

- 3.1. *Adaptado al centro*: Se trata de una persona que participa en la vida y en las actividades del centro.
- 3.2. *En proceso de adaptación*: sería aquella persona que acaba de ingresar en el centro o que ha sido trasladado de una zona de la residencia a otra. Normalmente el periodo de adaptación suele ser de uno o dos meses.
- 3.3. *Sin adaptación plena al centro*: sería aquella persona que apenas interactúa en la vida del centro.

Una vez valorados estos aspectos, el estado del residente, la situación familiar y la situación ambiental, se puede realizar una intervención específica englobando a todos los profesionales del centro residencial. Así el trabajador social teniendo en cuenta estos aspectos puede identificar las necesidades que puede tener tanto el

residente como la familia y desarrollar una intervención adecuada para ambas partes.

El trabajador social busca garantizar el bienestar de las personas mayores y para ello hay que ofrecer unos servicios de calidad con una atención integral.

De acuerdo con Amparo Porcel (2001, pág. 288) hay una serie de elementos que todos los profesionales del trabajo social debemos tener en cuenta.

En primer lugar, los requerimientos del cliente y la satisfacción de los mismos, la autora nos viene a decir que a la hora de organizar un servicio debemos conocer la realidad y para ello hay que facilitar la colaboración de los residentes y hacerles partícipes del proceso.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta las especificaciones de servicios, es decir, las características que deben tener los servicios. En esta parte los trabajadores sociales pueden contribuir a crear y desarrollar los servicios adecuados para cada usuario con la calidad adecuada.

Los procesos son muy importantes porque hacen posible la coordinación de los diferentes profesionales y así cubrir las necesidades actuales de las personas y las necesidades que se presentan en momentos determinados. Un punto importante de esta metodología es el Plan de Atención Individualiza (PAI), en el cual cada profesional hace una valoración del residente planteándose unos objetivos y unas tareas para favorecer el bienestar del mayor. Todo esto sería imposible sin el trabajo en equipo interdisciplinar.

También son muy importantes, como señalo en la página 10, las funciones que expone Patricia Marcos (2011), ya que muestran la base de la labor de los trabajadores sociales. De estas funciones señalo la de realizar una buena acogida a los nuevos residentes porque es la base de la relación de la persona con el funcionamiento de la residencia.

Como he dicho anteriormente las funciones de los trabajadores sociales en residencias de mayores quedan instauradas por el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Estas funciones quedan reflejadas en la página 11, de las cuales voy a seleccionar las que se suelen realizar con más frecuencia, el resto de las funciones quedan en segundo plano generalmente por

falta de tiempo, ya que las horas de los trabajadores sociales en los centros residenciales de mayores son reducidas.

- Planificar y organizar el trabajo social del centro mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo.
- Atender en el proceso de ingreso y realizar la historia y ficha social de la persona usuaria.
- 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.
- Realizar atención directa, tanto a nivel individual, grupal y comunitario.
- Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y de su entorno.
- Participar en la preparación y puesta en marcha de programas de adaptación de las personas usuarias al centro.
- Participar en la comisión técnica.
- Participar, con el equipo multiprofesional en la elaboración de las orientaciones o de la atención que necesiten las personas usuarias.
- Participar en la asignación y cambio de habitaciones y mesas del comedor con el departamento de enfermería y la dirección.
- 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.

Cuando llega un residente nuevo lo que se suele hacer por parte de todos los profesionales es, durante el mes de adaptación, mantenerlo en observación y realizar una valoración integral, para ello los trabajadores sociales realizan la historia social del residente tras una entrevista con el usuario o con la familia. Posteriormente en la reunión interdisciplinar se realiza el PAI para determinar la actuación que debemos seguir para intervenir en aquellas problemáticas que hemos detectado. Posteriormente, si no hay incidentes, cada tres meses se hace seguimiento del caso.

Las herramientas con las que se cuentan son: informes sociales, informes familiares, historias de vida, informes destinados para conseguir algún recurso, entre otros.

A la hora de realizar el diagnóstico social no debemos olvidar las fortalezas personales, familiares y sociales ya que sus necesidades sociales tienen relación con el peligro de aislamiento social en los centros, la escasez de red familiar, la falta de autonomía o los problemas de salud.

Esta autora apela a alejarnos de la burocracia y a hacer nuestro trabajo de una forma más humanizada, nos debemos centrar en cuidar a las personas, comprometernos a actuar en beneficio de ellas. No nos olvidemos que la residencia es el hogar de los mayores por lo que necesitan que los profesionales les administren sus documentos, si no tiene a una familiar u otra persona en quien haya delegado, pero también necesitan tener a alguien que sea su confidente y le expliquen sus miedos y sus problemas. Necesita sentirse comprendido e importante, aunque sea por un momento.

En los últimos años se está introduciendo un nuevo concepto de atención residencial, se trata de la atención centrada en la persona, Rubén Yusta (2017) lo define así: “El usuario deja de ser una “pieza”, de la intervención para convertirse en el centro de todo el proceso. Se trata de una estrategia social en la que el mayor es capaz de decidir por sí mismo y en el que son tenidos en cuenta aspectos tan importantes como sus preferencias personales, su historia de vida y su entorno familiar o social.”

Uno de los aspectos importantes de este método es la retirada de las sujeciones, para llevarlo a cabo hay una serie de actuaciones terapéuticas basadas en la observación y el trabajo en equipo. Se estudian las causas del comportamiento anómalo y se proponen técnicas que evitan la utilización de sujeciones.

La labor del trabajador social es clave en este método. La atención centrada en la persona tiene un valor social que es compatible con todos los valores del trabajo social.

Piña Moran (2006) planteaban la idea de que los mayores fueran actores sociales participantes transformándolos en sujetos de acción, la intervención de los trabajadores sociales sería la de apoyar y promover actuaciones que refuercen su

autonomía. Se ha de ser capaz de entusiasmar, convocar e involucrar a todas las personas relacionadas con el proceso durante todo el desarrollo del trabajo.

Fuertes Gutiérrez (2010) establece que la labor de los trabajadores sociales es un factor importante en la implementación de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Aunque se intenta que la labor del cuidado sea compartida (estado/familia), en realidad el grueso de los cuidados se los lleva la familia. Hay un gran número de profesionales que creen que la mejor solución es ampliar la red de prestaciones para que las personas dependientes permanezcan en su domicilio el mayor tiempo posible. Esta propuesta tiene que estar muy bien definida para que la carga del trabajo no la lleve la familia, sino que sea la administración la que garantice que se está llevando una adecuada actuación. Los trabajadores sociales tenemos como reto ser críticos con las formas de reorganización del cuidado.

El trabajador social además de gestionar/administrar los recursos mencionados anteriormente tiene que ser una de las personas de confianza de sus usuarios para poder conocer la problemática que tiene y poder ayudarle en todo lo que necesite. Muchas veces son garantes de la red de apoyo social de los usuarios y de favorecer el ocio en los centros residenciales.

Las tareas básicas que realiza un trabajador social quedan detalladas por Macarena Burgos Martínez (2016). En primer lugar, habla de la elaboración del Plan de Atención Individualizada (PAI), se trata de una reunión semanal con el equipo interdisciplinar formado por: enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, atención directa y trabajo social. En la cual cada profesional elabora un informe de situación del residente, se habla de su estado clínico, las mejoras o empeoramiento que ha tenido, problemas que hayan surgido y se intenta hacer un plan para mejorar el estado de ese residente en el centro.

Por otro lado, el trabajador social es el encargado de actualizar la lista de espera y en el momento que haya plazas libres buscar posibles nuevos residentes. Cuando ya se ha seleccionado a la persona que va a entrar a vivir en la residencia, desde el área de trabajo social se realiza el acompañamiento para que el residente se adapte al centro.

Tanto para la realización del PAI, la realización del seguimiento de los residentes y la administración de la lista de espera, los trabajadores sociales debemos hacer

entrevistas en profundidad, tanto a los familiares como a los residentes. De esta forma se pueden detectar necesidades sociales y dar solución a las mismas.

- **Tareas propias del trabajo social**

- Una de las principales tareas de los trabajadores sociales en los centros residenciales es la tramitación de solicitudes de Dependencia, Discapacidad e Incapacidades judiciales. Son tareas que no debería llevar mucho tiempo pero que en la realidad ocupan la mayor parte de la intervención, por la complejidad burocrática del sistema y las escasas horas de contratación de los trabajadores sociales.
- Además de atender a los nuevos residentes y familiares en su periodo de adaptación. Más adelante comento los cambios que ha habido en cuanto a la relación con los familiares por la situación sanitaria que estamos viviendo.
- Promover mecanismos de participación de los residentes en actividades de ocio y tiempo libre para crear comunidad.
- Realizar intervención directa para gestionar problemas sociales que afecten a los residentes y su entorno.
- Participar en el equipo interdisciplinar en la elaboración del PIA.
- Organizar la asignación de habitaciones y mesas de comedor.
- Hacer seguimiento de los residentes hospitalizados.

- **Tareas de apoyo que forman parte del trabajo social, pero como instrumentos dentro de la intervención.**

Y por último debe de existir una coordinación con el resto de servicios y profesionales tanto dentro del centro como fuera del centro. Debemos de coordinarnos con el centro de mayores del barrio, con el centro de salud, con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, con el Ayuntamiento y con los Juzgados, siempre que el caso lo requiera.

Los trabajadores sociales residenciales están continuamente tratando con el final de la vida de los usuarios y el duelo de los familiares. La labor de los profesionales va encaminada a atender las necesidades psicosociales que surgen en el proceso de morir, capacitando a la familia para enfrentarse al duelo, como bien indica Ana Isabel Lima Fernández y Rubén González-Rodríguez (2017). Las principales funciones del trabajador social en estas

situaciones son las siguientes: “atender las necesidades socio-familiares desencadenadas o agravadas por la situación de enfermedad grave o terminal” para ello hay que apoyar la reorganización del núcleo familiar, mediar en conflictos familiares e intervenir en problemas de comunicación familia-enfermo. La labor de los profesionales no termina con el fallecimiento de la persona, sino que se amplía después de la misma con acciones de coordinación con el tanatorio, la mediación en conflictos que pueden surgir en gestiones, la organización de ceremonias y el apoyo en la despedida y la superación del duelo.

Hasta aquí se habla de la intervención del trabajo social en situación de normalidad, pero como hemos experimentado recientemente, en estos últimos meses debido a la pandemia de COVID-19, hemos de actuar en situación de emergencia, por lo que se dedica el siguiente apartado a la actuación del trabajo social en el ámbito gerontológico residencial en situaciones de emergencia.

4.1 La intervención del trabajo social gerontológico residencial en situaciones de emergencia. Covid-19.

Actualmente estamos inmersos en una emergencia tanto social como sanitaria, que provoca actuar de una manera determinada, sobre todo porque las residencias de mayores han sido uno de los grandes afectados de esta crisis, debido a que las personas que residen en dichos centros son muy vulnerables a la enfermedad y a la escasez de medios que han tenido durante la pandemia.

La prensa a lo largo de los meses que llevamos de pandemia se ha hecho eco de las situaciones de las residencias. La agencia EFE el pasado abril publicó los datos que dio a conocer el doctor Fernando Simón, comentó que entre el 10% y el 20% de las residencias han sido afectadas por la enfermedad y la letalidad ha sido entre un 6% y un 20% **(2020)**.

Desde el inicio de la pandemia se prohibió la entrada personas ajenas a los centros. Además de prohibir las salidas de los residentes del centro y el contacto entre ellos. Es decir, se confinó a cada persona mayor en su habitación, se anularon terapias, actividades de ocio y todo aquello que requería que estuvieran los residentes juntos en una habitación.

Pero ¿Por qué ha habido tanta problemática en las residencias?, no hay que olvidar que las residencias son casas donde viven las personas mayores todas

juntas, haciendo actividades juntas, comiendo juntas, etc., por lo que en el momento que se detectaba a una persona, ya sea residente o trabajador contagiado, el virus se había propagado por el resto de residentes. Llegado ese momento y en medio de la pandemia, con centros hospitalarios colapsados, se continuaron manteniendo a las personas en las residencias, las cuales muchas de ellas no cuentan con personal sanitario. No hay que olvidar que las residencias tienen obligación de tener enfermería unas horas al día, pero no tiene la obligación de tener asistencia médica. Son centros sociales, no son centros sanitarios. Y mantener a las personas contagiadas con Covid-19 con personal que no está preparado para ello pone en peligro al resto de residentes y a los trabajadores. Los propios expertos de la ONU, han considerado esta situación como abandono y discriminación. (2020) .

Hay testimonios como el de Gustavo García (2020) que manifiestan cómo se ha vivido la pandemia en los centros residenciales. En una entrevista que concedió al eldiario.es, explica que ha habido residencias en las cuales no se ha conseguido llevar a ningún afectado al hospital durante semanas, lo que ha provocado que aumentaran los contagios del centro. Por esta razón en Aragón se crearon “Centros Covid”, se aprovecharon estructuras que estaban en desuso para crear un hospital dedicado únicamente a las personas mayores contagiadas y que no pueden estar en sus casas o residencias. A partir de ese momento mejoro la situación de este tipo de centros.

No hay que perder de vista las consecuencias que este confinamiento han provocado en las personas mayores. Cuando decretaron el estado de alarma y el inicio del confinamiento, la primera problemática fue qué hacer para que las personas residentes no perdieran el contacto con sus familiares. La OMS (2020) pidió a través de los medios que los hijos y nietos de los residentes llamaran a diario a sus familiares, para evitar las secuelas del encierro y ayudarles a entender la situación que se está viviendo. El Justicia de Aragón (2020) también solicita al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales facilitar la comunicación de los mayores y reforzar las asistencia social, además de garantizar la información necesaria a los familiares y favorecer la despedida de los familiares de un ser querido, recordemos que actualmente en la nueva normalidad solo pueden acudir dos miembros de la familia durante 60 min para despedirse del familiar.

La situación de emergencia ha impedido tener los nexos sociales que el trabajo social defiende: familia, amigos, etc. Para mantener la comunicación con los familiares el trabajador social se volvió el interlocutor entre la familia y la persona residente, se crearon vías, por las cuales diariamente se hablaba con el familiar para comunicar el estado de la residencia y de su allegado.

Desde el primer momento las trabajadoras sociales de las residencias hemos buscado medios para facilitar esta comunicación. Gracias a las nuevas tecnologías y a diversas Fundaciones (que facilitaron Tablet a residencias de mayores), se facilitaron video-llamada múltiple para que pudieran ver a sus hijos y a sus nietos.

El aislamiento que han sufrido estas personas hasta bien entrada la desescalada ha provocado una disminución de su estado cognitivo y de su estado funcional. Durante las semanas que se restringió la asistencia terapéutica el personal de las residencias (trabajadoras sociales, enfermeras, gerocultoras) han ido haciendo actividades para frenar el avance del deterioro cognitivo, pero en la mayoría de los casos era más necesario conversar con las personas que hacerles ejercicios o fichas.

Sin embargo, estamos hablando de una generación que como dice Ana Langarita (2020), ha vivido una guerra, una postguerra, el trabajo duro, por lo que han sabido adaptarse a la situación.

La organización de las residencias se ha visto modificada, antes se realizaban las actividades de forma grupal y ahora se hacen más individualmente o en grupos reducidos para mantener la distancia de seguridad. Sin embargo, estos cambios no están siendo bien recibidos por los residentes por que como dice Gustavo García Coordinador de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de Aragón (2020), se está privando a los residentes de lo más importante para ellos, las relaciones sociales y afectivas¹⁰.

¹⁰ Añado las relaciones afectivas por que es lo que más están echando de menos desde que comenzó la pandemia.

5. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

Como muestran las proyecciones tanto del INE como del IAEST, en los próximos años va a haber un aumento de la población mayor de 65 años lo que nos lleva a deducir que el número de personas en situación de dependencia crecerá exponencialmente, necesitando cada vez más servicios que cubran las necesidades básicas de esta población.

El objetivo trabajo social, como refiere Tricia Hussung (2017), es precisamente mejorar la vida de los usuarios facilitando el acceso a los recursos y servicios que cubran sus necesidades. Por lo tanto, podemos decir, que el trabajo social es una profesión destinada a garantizar el bienestar social de la población.

Para conocer el rol de esta profesión en el ámbito de las personas mayores debemos saber que la gerontología, según Piña Moran (2006), analiza el proceso de envejecimiento de forma global, para conocer la práctica profesional que permita mejorar la calidad de vida de este colectivo. La misma autora refiere que el trabajo social gerontológico potencia los recursos individuales sociales, familiares, grupales y comunitarios, mejorando su vida social.

Los principios básicos en los que se basa la atención, desde el trabajo social, de las personas mayores quedan establecidos por California Education Center Social Work (2015), citados en la página 9 y de los que selecciono los siguientes:

- Favorecer la independencia del mayor, aumentando su calidad de vida.
- Los servicios tienen que centrarse en las fortalezas, necesidades y preocupaciones del mayor.
- Las relaciones familiares deben de ser fomentadas.
- Las personas con déficit cognitivo tienen que contar con un marco legal y servicios protectores tanto de su familia como públicos.
- Servicios continuados, accesibles, coordinados y eficaces.

Dentro de la gerontología social se encuentra el ámbito residencial. Los trabajadores sociales, actúan con las personas mayores y su entorno para garantizar el bienestar del grupo familiar, por ello debemos tener en cuenta diversos aspectos, expuestos por Yusta (2016) como: el propio individuo, las relaciones familiares, la red de amigos, la comunidad en la que reside y la

adaptación que tiene en la residencia, para así lograr una atención integral, actuaciones que actualmente en medio de la pandemia no se pueden llevar cabo.

Es importante introducir a la familia en el funcionamiento de la residencia, mantenerles informados, tener buena comunicación con ellos, para así entre todos, conseguir determinar las necesidades que tiene el mayor y ofrecerle la atención que se merece. Durante el confinamiento por el COVID-19 esta comunicación ha sido muy complicada de mantener.

De acuerdo con Patricia Marcos (2011), creo que es importante centrar una parte de la atención en realizar actividades de ocio dentro y fuera de la residencia y realizar una buena coordinación con los centros de mayores para favorecer la creación o el mantenimiento de una red de amigos. De esta forma no estamos dejando de lado el área social del residente.

Es imprescindible realizar un trabajo grupal con el resto de trabajadores de las residencias: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros y gerocultoras para cubrir todas las áreas del mayor. Tanto para la realización del PIA (Burgos Martínez 2016), como para solucionar los problemas que surgen a diario.

Queda plasmando a lo largo del documento que para garantizar el bienestar de la persona mayor es muy importante formar un equipo compuesto por diversos profesionales como fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y gerocultores. Este equipo interdisciplinar es imprescindible, ya que se estudia a la persona en todas sus áreas y se le puede dar una atención integral. El papel del trabajador social en este equipo es primordial puesto que se encarga del área relacional y social de los individuos, lo cual es básico para el bienestar de las personas.

Como dice Fuertes Gutiérrez (2010) el trabajador social no tiene que ser un mero gestor de recursos y servicios, sino que tiene que ser una de las personas de confianza de sus usuarios para poder conocer la problemática que tiene.

Además de todo lo anterior también es importante garantizar que el final de la vida de los usuarios no sea un proceso traumático para la familia, y que el mayor tenga una muerte digna, como exponen Ana Lima y Rubén González (2017). Por lo que debemos estar con la familia y ayudarles a sobrellevar los últimos días de su familiar lo mejor posible.

Tras la lectura y selección de la documentación comentada durante el trabajo, siento que ya puedo proponer unas funciones básicas para cualquier trabajador social que intervenga en centros residenciales de mayores. Por lo tanto, las funciones básicas de un trabajador social en las residencias de personas mayores son:

- Acogida y seguimiento de la adaptación al centro de los nuevos usuarios.
- Organización de actividades de ocio y tiempo libre.
- Información, orientación y asesoramiento a la familia en todo lo relacionado con el usuario.
- Tramitación de solicitudes de Dependencia, Discapacidad e Incapacidades judiciales.
- Gestión de problemas sociales que afecten a los residentes y su entorno.
- Participación en el equipo interdisciplinar en la elaboración del PIA.
- Organización de la asignación de habitaciones y mesas de comedor.
- Hacer seguimiento de los residentes hospitalizados.
- Coordinación con los diferentes servicios de personas mayores de la comunidad.
- Realización de informes sociales e historias de vida solicitados por el centro.

Como complemento a estas funciones, quiero insistir, por su implicación, en que estas funciones se articulan en los distintos niveles en los que intervienen el profesional del trabajo social. Individual, familiar, grupal y comunitario, y queda implícito como no podía ser de otra manera que la intervención de este profesional se realiza en el marco de un equipo interprofesional.

Actualmente estamos en momento muy complicado para la realización de todas estas funciones y muchas de ellas se han visto relegadas a un segundo lugar debido a la situación sanitaria del país, por lo que ahora lo que debemos garantizar es la seguridad de los residentes y mantener el contacto con los familiares.

Finalmente voy a exponer una serie de propuestas encaminadas a plantear el trabajo social en residencias de mayores más activo y dinámico y menos burocrático, teniendo en cuenta las restricciones actuales que las residencias de personas mayores están viviendo.

5.1. Propuestas y consideraciones

Muchas veces la rutina y el escaso número de profesionales de trabajo social en las residencias de mayores hacen que se centren solo en la gestión de ayudas y recursos olvidando el lado creativo, algo fundamental en la profesión. Por eso animo a todos los profesionales del trabajo social que promuevan a un segundo plano las funciones burocráticas y pasen a un primer plano las actividades lúdicas que revierten en la mejora de la calidad de vida de las personas objeto de su intervención. En el caso de las personas mayores en residencias, el trabajo social debería contemplar como actuaciones prioritarias la realización de actividades de ocio, participación y conexión con el entorno para los usuarios y las familias, de esta forma se afianzan las relaciones sociales y se crea comunidad.

Debido al problema sanitario actual que estamos viviendo el funcionamiento de los trabajadores sociales se ha visto alterado. Actualmente debemos garantizar algo tan básico como la relación de los residentes con su familia, por lo que otra de las propuestas es realizar actuaciones encaminadas a facilitar la comunicación entre residentes y familiares, para ello se pueden realizar videollamadas a través de diversas redes sociales además de acondicionar espacios seguros para poder recibir visitas sin riesgo para ambas partes.

Otro de los problemas que se nos plantea es el aumento de la sensación de soledad debido al confinamiento y a la falta de salidas. Para ello los trabajadores sociales pueden realizar grupos de conversación donde poder explicar la situación actual, quitar miedos y darles un profesional de referencia al cual le expliquen sus inquietudes y donde busquen ayuda. A parte de todo esto, como he dicho anteriormente se tiene que desarrollar mayor número de actividades de ocio, adecuarlas al grupo y sus características para lograr que su día a día sea más llevadero.

Voy a exponer una tabla que muestra una manera genérica los objetivos y actuaciones que deben de realizar los profesionales en trabajo social para garantizar el bienestar de las personas usuarias de los centros residenciales. Aunque en cada centro se trabaja de forma diferente considero que esta tabla puede facilitar la labor de profesionales que entren a trabajar en centros residenciales de mayores y además de constituir la base para profundizar en futuras investigaciones, ampliar y sistematizar el trabajo social en esta tipología de centros.

Tabla 4. Intervención del trabajador social ¹¹

FUNCIONES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Atención en el proceso de ingreso y confección de la historia y de la ficha social de la persona usuaria.	Conocer las fortalezas y las debilidades del usuario para realizar una intervención integral.	Recogida de información sobre el individuo y su entorno	Entrevista Individual y familiar	Informe Social
Atención directa.	Garantizar el bienestar del mayor.	Asesorar al residente sobre los recursos existentes y orientarle para seleccionar el más idóneo.	Entrevista individual.	Informe social
Información, orientación, asesoramiento y acompañamiento a la familia durante el proceso de atención social a la persona usuaria en el centro.	Garantizar el mantenimiento de la red de apoyo.	Facilitar la comunicación del mayor con su entorno.	Formación en Tics	Medios de comunicación, redes sociales y aparatos electrónicos.
Fomento de la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y de su entorno.	Promover el desarrollo de las capacidades de las personas.	Realizar actuaciones encaminadas a evitar la soledad de los mayores y fortalecer su estado de ánimo	Participación en grupos	Realización de grupos de apoyo social
Fomento y coordinación de los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural	Favorecer las relaciones sociales y los momentos de diversión en la residencia.	Activar la vida de la residencia mediante actividades lúdicas.	Conseguir información para conocer los gustos de los residentes para posteriormente realizar las actividades de ocio.	Realización de encuestas, implicación en el diseño de actividades lúdicas en coordinación con los residentes.

No hay que olvidar que el trabajo social es el eslabón de una cadena. Para que los trabajadores sociales podamos realizar una intervención global debemos estar coordinados con el resto de profesionales: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, psicólogos, médicos. Para así poder lograr nuestro objetivo principal que es garantizar el bienestar del mayor en todas sus dimensiones.

¹¹ Tabla extraída de ADÁMEZ, R., CORREA, A., (2016), *El rol del trabajo social en Psicogeriatría*, Norte de salud mental, vol. XIII, Nº 54 pág. 13 y ampliada con mis vivencias.

Bibliografía

- Adámez, R. C. (2016). El rol del trabajo social en Psicogeriatría. *Norte de salud mental Vol. XIII N° 54*.
- Agencia EFE. (2020). Expertos de la ONU condenan el abandono y la discriminación de ancianos por el COVID-19. Obtenido de efe.com: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/expertos-de-la-onu-condenan-el-abandono-y-discriminacion-ancianos-por-covid-19/10004-4206602>
- Agencia EFE. (2020). Entre el 10 y el 20 % de las residencias han estado afectadas por la COVID-19. Obtenido de efe.com: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/entre-el-10-y-20-de-las-residencias-han-estado-afectadas-por-la-covid-19/10004-4229018>
- Aguilar Ibáñez, M. (2013). *Trabajo social. Concepto y Metodología*. Madrid: Ediciones Paraninfo y Consejo General de Trabajo Social .
- Aguilar Ibáñez, M. (2013). *Trabajo Social. Concepto y Metodología*. Madrid: Ediciones Paraninfo y Consejo General de Trabajo Social.
- Ayuntamiento de Zaragoza. (2010). Ordenanza de los Centros Municipales de Convivencia para Personas Mayores. Obtenido de zaragoza.es: <https://www.zaragoza.es/sede/servicio/normativa/942>
- BOA (2011). DECRETO 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Obtenido de boa.aragon.es: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=606633000303>
- BOA (2009). LEY 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Obtenido de http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCS=147&DOCR=1&SEC=BUSQUEDA_FECHA&RNG=200&SEPARADOR=&SECCC=BOA%20%20DISPOSICIONES%20%20PERSONAL%20%20ACUERDOS%20%20JUSTICIA%20%20ANUNCIOS&PUBLC=20090710&PUBL=@PUBL-E=
- BOA (2020). ORDEN CDS/406/2020, de 25 de mayo, por la que se establecen nuevas medidas relativas al desconfiamiento gradual en los centros de servicios sociales especializados. Obtenido de boa.aragon.es: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1115823003939&type=pdf>
- BOA (2020). ORDEN de 21 de marzo de 2020, de la Consejera de Sanidad, sobre medidas relativas a residencias de personas mayores y

centros sociosanitarios, con motivo de la situación de crisis sanitaria provocada por el COVID-19.

Obtenido de: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1112377624141&type=pdf>

- BOA (2020). ORDEN SAN/207/2020, de 13 de marzo, de la Consejera de Sanidad, por la que se adoptan medidas preventivas y recomendaciones de salud pública en la Comunidad Autónoma de Aragón por la situación y evolución del COVID-19. Obtenido de: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1111630810842&type=pdf>
- BOA (2020) ORDEN SAN/361/2020, de 4 de mayo, relativa al levantamiento gradual de medidas de confinamiento en los centros de servicios sociales especializados. Obtenido de: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1114457385743&type=pdf>
- BOA (2020). ORDEN SAN/373/2020, de 13 de mayo, por la que se establecen nuevas medidas relativas al desconfinamiento gradual en los centros de servicios sociales especializados Obtenido de: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1115058805353&type=pdf>
- BOA (2014). LEY 8/2015, de 25 de marzo, de Transparencia de la Actividad Pública y Participación Ciudadana de Aragón. Obtenido de laesaragon.es: <http://www.laesaragon.es/ley-de-transparencia/normativa/>
- BOE (2006). LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia Obtenido de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- BOE (2018). Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio). Obtenido de <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/ley-de-dependencia/vii-convenio-dependencia-publicado-boe.pdf>

- BOE (2020) . *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Obtenido de: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
- BOE (2020). *Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Obtenido de: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/18/pdfs/BOE-A-2020-3828.pdf>
- BOE (2020). *Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Obtenido de: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/21/pdfs/BOE-A-2020-3951.pdf>
- BOE (2020). *Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial por la crisis por COVID-19*. Obtenido de: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/24/pdfs/BOE-A-2020-4010.pdf>
- BOE (2020). *Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario por el Covid-19*. . Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-4300-consolidado.pdf>
- Burgos Martínez, M. P. (2016). Conocimiento y reconocimiento del trabajo social en la praxis gerontológica. *Documentos de Trabajo Social n° 60*, 43-69.
- Casado, D. y. (2001). *Manual de Servicios Sociales*. Madrid: CCS.
- Cecilia González, C. (2017). La intervención social en el campo gerontológico. *Conciencia social. Revista digital de Trabajo Social n°1* , 82-96.
- Consejo General de Trabajo Social. (2014). Definición Internacional de Trabajo Social Obtenido de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Cury, S. A. (2018). Las necesidades sociales de las personas mayores en entornos residenciales en la actualidad. *Trabajo Social Hoy n° 83*, 105-122.

- De Pedro, D. (2020). Temario asigantura Trabajo y Política Social. Máster de Gerontología social, curso 2019-2020. Zaragoza, Zaragoza, España.
- El Periódico de Aragón. (2020). Hacia un modelo diferente en los centros residenciales de mayores. Obtenido de [elperiodicodearagon.com](https://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/modelo-diferente-centros-residenciales-mayores_1420588.html): https://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/modelo-diferente-centros-residenciales-mayores_1420588.html
- Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Trabajo y acción social* nº14, 204-219.
- Fuentes Gutierrez, V. M. (2010). El Trabajo Social y las nuevas formas de reorganización del cuidado. Una aproximación a propósito de la ley de dependencia. *Alternativas* nº 17, 83-102.
- Gandoy Crespo, M. G. (2018). *Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés*. Madrid: Ediciones Paraninfo y Consejo General del Trabajo Social.
- García, C. (2017). La intervención social en el campo gerontológico. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social Vol1 N°1*, 82-96.
- García, G. (2020). *El diario Aragón*. Obtenido de [eldiario.es](https://www.eldiario.es/aragon/sociedad/gustavo_garcia-residencias-hospital-coronavirus_0_1025397506.html): https://www.eldiario.es/aragon/sociedad/gustavo_garcia-residencias-hospital-coronavirus_0_1025397506.html
- García, M. (2012). Trabajo Social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Servicios Sociales y Política Social* nº 98, 9-34.
- García-Valdecasas, J. I. (2019). El envejecimiento de la población: un fenómeno que está cambiando radicalmente la sociedad. . *Razón y fe*, 21-33.
- Gobierno de Aragón (2014) .Pliego de prescripciones técnicas del contrato de servicios mediante acuerdo marco de plazas de atención a personas con discapacidad, a personas mayores dependientes con alteraciones graves de conducta y a personas en riesgo exclusión social en el ámbito territorial de la comunidad autónoma de aragon. (2014). Obtenido de [laesaragon.es](http://www.laresaragon.es): <http://www.laresaragon.es/ley-de-transparencia/normativa/>
- Gobierno de España, (2020) Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, C.-1. (2 de junio de 2020). *mscbs.gob.es*. Obtenido de Ministerio de Sanidad: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ITCoronavirus/home.htm>

- *Heraldo de Aragón*. (2020). La OMS pide a hijos y nietos llamar a diario a padres y abuelos confinados. Obtenido de heraldo.es: <https://www.heraldo.es/noticias/sociedad/2020/04/02/coronavirus-la-oms-pide-a-hijos-y-nietos-llamar-a-diario-a-padres-y-abuelos-confinados-1367688.html>
- *Heraldo de Aragón* (2020). Ana Langarita: " Hay una gran dignidad y entereza en cómo los mayores se están adaptando a esto". Obtenido de heraldo.es: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza/2020/04/27/ana-langarita-instagram-residencia-las-fuentes-entrevista-1371777.html>
- *Heraldo de Aragón*. (2020). El justicia de Aragón pide facilitar la comunicación con los mayores y reforzar la asistencia social. Obtenido de heraldo.es: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2020/04/27/el-justicia-de-aragon-pide-facilitar-la-comunicacion-con-los-mayores-y-reforzar-la-asistencia-social-1371800.html>
- Hussung, T. (2017). *Helping Out: What Social Workers Do*. Obtenido de socialworkhelper.com: <https://socialworkhelper.com/2017/05/02/helping-social-workers/>
- IAEST.(2018). Población Obtenido de Aragón.es: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/03_Poblacion.pdf/adff310e-4dee-df29-5387-21710bbe46f8
- INE (2020). Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de Covid-19 Obtenido de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=35179#!tabs-tabla>
- INE (2018) Proyección de la población 2018-2033. Obtenido de: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf
- ISCII (2020) Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe COVID-19 nº33 Obtenido de [isciii.es: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTrasmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2033.%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID -](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTrasmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2033.%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID)
- COVID-19, C. (2020). *lamoncloa.gob.es*. Obtenido de La Moncloa: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/23062020_Actualizacion145COVID19.pdf
- Isabel Ramirez de Mingo, D. G. (2002). La intervención del Trabajados social en emergencias. *Revista DTS, Documentos del Trabajo Social* , 51-66.

- Lima Fernández, A. y.-R. (2017). La Intervención Social en el final de la vida. . *Servicios Sociales y Política Social* N°34, 11-18.
- Marcos Tortajada, P. (2011). El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía. *TSNOVA*, 81-86.
- Martín García, M. (2012). Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Servicios Sociales y Política Social*, 9-34.
- Paola, J. (2019). Relaciones conceptuales y desenvolvimientos del Trabajo Social en el campo gerontológico. . *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, n°5, 29-45.
- Pérez Díaz, J. y. (2018). Envejecimiento demográfico y vejez en España. *Panorama Social*, n° 28, 11-47.
- Peterson, E. (2017). Eldercare in Sweden: an overview. *Revista Derecho Social y Empresa* n° 8, 1-19.
- Piña Moran, M. (2006). Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las persona mayores. n°1. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en ciencias sociales.* , 13-30.
- Piña Moran, M. (2006). Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, 13-30.
- Piña Moran, M. O. (2018). Intervención situacional gerontológica: estrategia para potenciar los roles sociales de los mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. n° 56, 102-109.
- Porcel Mundo, A. (2001). Retos al trabajo social en la atención asistencial a mayores. *Cuadernos de Trabajo Social* n° 14, 279-290.
- Rodríguez Castedo, A. (2005). *Libro Blanco de Atención a las Persona en Situación de Dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- Scharlach, A. E. (2015). Social Work with Older Adults in the United States. *Arbor* , 191-207.
- Yusta, R. (2016). Los tres aspectos fundamentales de la intervención social en el ámbito geriátrico-residencial. *Trabajo Social Hoy* n° 78, 85-94.
- Yusta, R. (2017). El Trabajo Social y el método de Atención Centrada en la Persona en el ámbito de la Gerontología. . *Trabajo Social Hoy* n°81 , 19-28.

ANEXO 1

La primera norma que marca el comienzo de una nueva forma de vida es el *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19* (Ministerio de la Presidencia R. c., 2020)

Artículo 7 Limitación de la libertad de circulación de las personas.

1. Durante la vigencia del estado de alarma, las personas únicamente podrán circular por las vías o espacios de uso público para la realización de las siguientes actividades, que deberán realizarse individualmente, salvo que se acompañe a personas con discapacidad, menores, mayores, o por otra causa justificada:

a) Adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y de primera necesidad, así como adquisición de otros productos y prestación de servicios de acuerdo con lo establecido en el artículo 10.

b) Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.

c) Desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar su prestación laboral, profesional o empresarial.

d) Retorno al lugar de residencia habitual.

e) Asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables.

f) Desplazamiento a entidades financieras y de seguros. g) Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad. h) Cualquier otra actividad de análoga naturaleza.

1 bis. La vigencia del estado de alarma no supondrá obstáculo alguno al desenvolvimiento y realización de las actuaciones electorales precisas para el desarrollo de elecciones convocadas a Parlamentos de comunidades autónomas.

2. Los menores de 14 años podrán acompañar a un adulto responsable de su cuidado cuando este realice alguna o algunas de las actividades previstas en el apartado anterior.

3. Igualmente, se permitirá la circulación de vehículos particulares por las vías de uso público para la realización de las actividades referidas en los apartados anteriores o para el repostaje en gasolineras o estaciones de servicio.

4. En todo caso, en cualquier desplazamiento deberán respetarse las recomendaciones y obligaciones dictadas por las autoridades sanitarias.

5. El Ministro del Interior podrá acordar el cierre a la circulación de carreteras o tramos de ellas por razones de salud pública, seguridad o fluidez del tráfico o la restricción en ellas del acceso de determinados vehículos por los mismos motivos.

Cuando las medidas a las que se refiere el párrafo anterior se adopten de oficio se informará previamente a las Administraciones autonómicas que ejercen competencias de ejecución de la legislación del Estado en materia de tráfico, circulación de vehículos y seguridad vial.

Las autoridades estatales, autonómicas y locales competentes en materia de tráfico, circulación de vehículos y seguridad vial garantizarán la divulgación entre la población de las medidas que puedan afectar al tráfico rodado.

6. El Ministro de Sanidad podrá, en atención a la evolución de la emergencia sanitaria, dictar órdenes e instrucciones en relación con las actividades y desplazamientos a que se refieren los apartados 1 a 4 de este artículo, con el alcance y ámbito territorial que en aquellas se determine.

ANEXO 2. *Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.*

Primero. Medidas relativas a todo el personal, sanitario y no sanitario, que preste servicio en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

1. Todos los trabajadores que por razón de su actividad profesional tengan contacto directo con los residentes deben seguir las medidas de protección

recomendadas por el Ministerio de Sanidad, según al nivel de riesgo al que están expuestos.

2. En la medida de lo posible, se debe reducir al mínimo el número de trabajadores en contacto directo con un residente afectado por un caso posible o positivo de COVID-19, así como el tiempo de su exposición.

Con este objetivo, los trabajadores de estos centros deben ser asignados a cada uno de los grupos de residentes que se señalan en el punto segundo.1 de esta orden, garantizando que sean los mismos los que interactúen en los cuidados de cada uno de estos grupos. No se deben producir rotaciones de personal asignado a diferentes zonas de aislamiento.

Segundo. Medidas relativas a la ubicación y aislamiento de pacientes COVID-19 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

1. Los residentes de los centros en los que resulta de aplicación esta orden deben clasificarse en:

a) Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.

b) Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.

c) Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19.

d) Casos confirmados de COVID-19.

Esta clasificación debe realizarse en cada centro con carácter urgente, y a más tardar en el plazo de un día desde que se publique esta orden.

2. En el caso de que un residente presente infección respiratoria aguda leve, debe ser aislado del resto de residentes.

3. En el caso de que haya más un residente con infección respiratoria aguda leve, y no sea posible el aislamiento individual, puede recurrirse al aislamiento por cohorte.

4. En el caso de residentes con diagnóstico COVID-19 confirmado, debe ser aislado del resto de residentes.
5. En el caso de que haya más de un residente con infección confirmada por COVID-19, puede recurrirse al aislamiento por cohortes.
6. En cualquier caso, estos residentes, casos posibles o casos confirmados de COVID-19, deben mantenerse aislados del resto de residentes.
7. En el caso de que las condiciones del centro lo permitan, es preferible el aislamiento vertical o por plantas, como criterio de agrupación preferible para cada uno de los grupos de residentes señalados en punto 1. El centro debe utilizar la sectorización de incendios ya definida como área de ubicación de cada uno de los grupos señalados, salvo que esto no sea posible por el tamaño de la residencia.
8. El centro deberá atender especialmente, el mantenimiento en la zona de aislamiento que le corresponda a aquellas personas deambulantes o errantes, con trastorno neurocognitivo, de manera que se le permita deambular sin que le resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química.

Tercero. *Medidas relativas a la limpieza en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.*

Se deben adoptar medidas extremas de limpieza con desinfectantes recomendados por la autoridad sanitaria en todo el centro, con especial atención en las siguientes zonas:

- a) En el acceso/salida de los sectores de aislamiento, como pueden ser puertas, escaleras, ascensores, entre otros. para reducir el riesgo de transmisión del COVID-19.
- b) Zonas accesibles para las personas deambulantes.

Cuarto. *Medidas relativas a los profesionales sanitarios en relación con la atención sanitaria en*

Quinto. *Medidas de coordinación para el diagnóstico, seguimiento y derivación COVID-19 en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios y el Sistema Nacional de Salud.*

1. Con carácter general, y siempre que exista disponibilidad, deberá realizarse la prueba diagnóstica de confirmación a los casos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda para confirmar posible infección por COVID-19.

2. Para ello, el personal de la residencia deberá ponerse en contacto con el centro de Atención Primaria asignado, que actuará de forma coordinada con el médico de la residencia si se cuenta con este recurso. Tras una primera valoración del caso y si presenta síntomas leves, el paciente permanecerá en aislamiento en la residencia garantizando que se realiza seguimiento del caso. No obstante, si se cumplen criterios de derivación a un centro sanitario, se activará el procedimiento establecido para tal efecto.

Sexto. *Seguimiento de casos.*

En el caso que sea necesario la autoridad sanitaria competente establecerá el procedimiento y la información requerida para el seguimiento y/o gestión de la atención de los COVID-19 residentes en estos centros de mayores y/o sociosanitarios durante el estado de alarma o prórrogas del mismo.

Décimo. *Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.*

Las referencias efectuadas en esta orden a las autoridades competentes de las comunidades autónomas, se entenderán referidas a la autoridad competente estatal en relación con las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla

ANEXO 3.

Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

Artículo 2. Objetivos de las políticas de servicios sociales.

Las actuaciones de los poderes públicos en materia de servicios sociales han de perseguir, entre otros, los siguientes objetivos:

- a) Analizar la realidad social para detectar situaciones de necesidad de la población, así como elaborar la estrategia más adecuada a fin de favorecer el bienestar social y mejorar la calidad de vida.
- b) Promover la autonomía personal, familiar y de los grupos, a través del desarrollo de sus capacidades.
- c) Contribuir al desarrollo humano, asegurando el derecho de los ciudadanos a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida, y a la vertebración del territorio de Aragón, favoreciendo la generación de riqueza y de capital social.
- d) Favorecer la convivencia de las personas y de los colectivos, fomentando la cohesión social.
- e) Hacer efectiva la igualdad de oportunidades en las relaciones sociales, sin discriminación por razón de género, discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- f) Atender las necesidades derivadas de la falta de recursos y de las carencias en las relaciones personales y sociales, evitando en lo posible como solución la institucionalización segregadora.
- g) Prevenir y atender las situaciones de exclusión de las personas o los grupos y desarrollar estrategias que favorezcan su inclusión social.
- h) Asignar equitativamente el uso de los recursos sociales disponibles.
- i) Impulsar la resolución comunitaria de las necesidades sociales, mediante políticas preventivas y comunitarias en todo el territorio.
- j) Fomentar la participación, el asociacionismo, la acción voluntaria y las demás formas de intervención solidaria en los asuntos comunitarios.
- k) Promover la responsabilidad, tolerancia y respeto en el conjunto de las relaciones personales, familiares, convivenciales y sociales.

ANEXO 4.

Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

[Anexo 1, Índice de las prestaciones.](#)

SERVICIOS SOCIALES GENERALES.

1. Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación social.
2. Servicio de ayuda a domicilio.
3. Servicio de intervención familiar.
4. Servicio de apoyo a personas cuidadoras.
5. Servicio de promoción de la animación comunitaria y de la participación.
6. Servicio de atención de urgencias sociales.

SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

1. Servicio de valoración de la discapacidad.
2. Servicio de valoración de la situación de dependencia.
3. Servicios de atención socioterapéutica para cuidadores de personas en situación de dependencia.
4. Servicio de tutela de adultos.
5. Servicio de alojamiento permanente o temporal para personas en situación de dependencia.
6. Servicios para el mantenimiento de las personas en su domicilio, como estancia diurna para personas en situación de dependencia.
7. Servicios para la autonomía de las personas.
 - a. Servicios de prevención de la dependencia.
 - b. Servicio de promoción de la autonomía personal.
 - c. Servicio de formación para los cuidadores de personas en situación de dependencia.
8. Prestaciones económicas para situaciones de urgencia.
9. Prestaciones económicas para la adquisición de prestaciones tecnológicas, ayudas técnicas y adaptaciones en el hogar y para la accesibilidad universal.
10. Prestaciones para la cobertura de las necesidades básicas y atenciones sociales básicas.
11. Prestaciones económicas para el apoyo a quienes cuidan de las personas en situación de dependencia en el entorno familiar.
12. Prestaciones económicas para la adquisición de un servicio o la contratación de una asistencia personal para las personas en situación de dependencia.
13. Ayudas instrumentales a mantener o mejorar la autonomía personal, teleasistencia.

14. Servicio de transporte adaptado para personas en situación de dependencia.

ANEXO 5.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Artículo 15. Catálogo de servicios.

1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:

- a) Los 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:
 - (i) Atención de las necesidades del hogar.
 - (ii) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - (i) Centro de Día para mayores.
 - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
 - (iii) Centro de Día de atención especializada.
 - (iv) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
 - (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - (ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

2. Los servicios establecidos en el apartado 1 se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 17. Prestación económica vinculada al servicio.

1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma.

2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

3. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

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

1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.

2. Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.

3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.

4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

Artículo 19. Prestación económica de asistencia personal.

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

ANEXO 6.

Descripción y contenido de los servicios que se prestarán respecto de las plazas que se adjudiquen en aplicación del acuerdo marco 4.1. Alojamiento

4.1.1. Estancia

Ocupación por el usuario de una habitación (individual o doble). Se permitirá al residente tener en su habitación motivos de decoración y objetos personales, siempre que no resulten inadecuados o peligrosos.

- Las habitaciones se limpiarán diariamente, y con mayor frecuencia si las circunstancias lo requieren.
- Las camas se mantendrán hechas y se harán cuantas veces resulte necesario por las características del residente y como mínimo diariamente. Utilización del comedor, salas de convivencia y demás espacios comunes del centro.

4.1.2. Manutención

Se servirán cuatro comidas diarias (desayuno, comida, merienda y cena).

Los menús deberán ser supervisados por un médico o dietista, debiendo garantizar el aporte calórico y nutritivo adecuado. Se procurará que los menús sean variados, cuidando su presentación para que resulten atractivos y apetitosos.

Junto con el menú ordinario deberán prepararse otros tipos de dieta para aquellos usuarios que lo precisen.

Las comidas y platos cocinados llegarán a la temperatura adecuada a sus destinatarios.

Los menús serán de conocimiento público de los usuarios con una antelación mínima de 24 horas.

Las comidas se servirán en el comedor, salvo que por causa de enfermedad de los usuarios, a criterio del facultativo correspondiente, hayan de suministrarse en la habitación o zona de cuidados especiales.

Se deberá prestar la ayuda personal necesaria a los usuarios que no puedan comer por sí mismos, utilizando, en su caso, los medios técnicos precisos.

Deberá contemplarse la posibilidad de que los residentes puedan, en la medida que lo permitan las instalaciones del centro, comer en compañía de sus familiares o visitantes, siendo a cargo de éstos el abono de la compensación económica correspondiente.

4.1.3. Vestuario de uso personal.

El usuario aportará la ropa y calzado de uso personal y la repondrá a su cargo.

Podrá fijarse un número mínimo de mudas de ropa interior por usuario, de acuerdo con sus características.

La ropa estará debidamente marcada a fin de garantizar en todo caso el uso exclusivo por su propietario.

El cambio de ropa interior de los usuarios se efectuará diariamente o, si fuera preciso, con mayor frecuencia. Respecto de las restantes prendas, se observará la periodicidad necesaria.

El lavado, planchado y repasado de ropa deberá efectuarse por cuenta de la adjudicataria del servicio. Los procedimientos de lavado se ajustarán a la tipología de las prendas a fin de garantizar su higiene y buen estado de conservación.

Los usuarios vestirán habitualmente ropa de calle, adaptada a las condiciones de la estación en que se encuentren.

El adjudicatario velará para que se renueven, con cargo al residente, las prendas deterioradas por el uso. Igualmente, cuidará de que el calzado se mantenga en condiciones adecuadas de conservación y limpieza.

4.1.4. Ropa de cama, mesa y aseo.

El servicio incluye la utilización por el usuario de la ropa de cama, mesa y aseo del Centro Residencial, que deberá encontrarse en condiciones adecuadas de uso.

La muda de ropa de cama se efectuará siempre que lo requieran las circunstancias y en todo caso diariamente, así como cada vez que se produzca un nuevo ingreso. Con la misma periodicidad se cambiarán las toallas, servilletas, manteles y demás lencería.

4.2. CUIDADO PERSONAL, CONTROL Y PROTECCIÓN.

4.2.1. Cuidado personal.

Deberá garantizarse el aseo personal diario de los residentes, prestándoles apoyo en el grado que sea necesario en cada caso.

Los útiles de aseo de uso personal (peine, cepillo de dientes, afeitadora o maquinilla de afeitar y otros similares), serán a cargo del usuario.

Los productos de aseo de uso común (jabones, colonias, pasta dentífrica, champú, gel, etc.) serán aportados por el Centro. Serán a cargo de los usuarios aquellos productos de marca o tipos específicos por ellos preferidos.

Se prestará la ayuda necesaria a los residentes que tengan autonomía limitada para vestirse, desnudarse, asearse, acostarse o cualquier otra actividad de la vida cotidiana.

El material de incontinencia será aportado por el Centro Residencial, con cargo, en su caso, al Sistema de Salud al que se encuentren acogidos los usuarios

Las prótesis, órtesis, sillas de ruedas y ayudas técnicas de uso personal serán a cargo de los usuarios, sin perjuicio de la cobertura que el Sistema de Salud correspondiente prevea en cada caso.

El Centro Residencial prestará la supervisión y el apoyo necesarios para la movilización de los usuarios a fin de mantener un nivel adecuado de funcionalidad y de interacción social y con el entorno residencial, potenciando su autonomía y desarrollo personal en dicho marco.

4.2.2. Control y protección.

Los usuarios gozarán de libertad de movimientos en las áreas de uso común del Centro.

El Reglamento de Régimen Interno establecerá las normas y horarios a que deberá ajustarse la utilización de las dependencias comunes del Centro, así como el horario de salidas y entradas del mismo.

Deberá garantizarse la flexibilidad de horarios, para facilitar las visitas de los familiares de los usuarios.

Se establecerán las medidas de protección y control necesarias para los usuarios, especialmente en aquellos casos en que, por condicionamientos de índole física o psíquica de los mismos, puedan preverse situaciones de riesgo para su integridad.

4.3. ATENCIÓN GERIÁTRICA Y REHABILITADORA.

Al ingreso de cada usuario se llevará a cabo un estudio y evaluación multidisciplinar de su estado, en función de los cuales se elaborará un Plan de Atención Personal, que comprenderá todas aquellas actuaciones dirigidas a alcanzar y mantener un buen estado de salud, autonomía personal e integración social en el mayor grado posible. En él se fijarán los objetivos particulares de cuidados susceptibles de evaluación.

Deberá existir un expediente personal de cada usuario, en el que constará la información sobre sus características y necesidades de atención, así como la que pueda derivarse del programa que se haya elaborado, los informes técnicos correspondientes, diagnósticos, tratamientos prescritos, así como el seguimiento y evaluación del programa fijado y las incidencias producidas en su desarrollo.

Se llevarán a cabo actuaciones de medicina preventiva encaminadas a mantener y mejorar la salud de los usuarios, así como las de medicina asistencial necesarias, supervisión y control individual de la medicación, cuidado y atención en períodos de enfermedad común o por necesidades sanitarias especiales que no supongan ingreso en centro sanitario, etc. Todo ello sin perjuicio de la utilización de los servicios sanitarios del Sistema de Salud al que pueda estar acogido el usuario.

Deberán prestarse tratamientos de fisioterapia y terapia ocupacional a los usuarios que lo precisen.

En el servicio estará incluido el traslado y el acompañamiento de los usuarios a los centros sanitarios, sin perjuicio de utilizar los medios y recursos del Sistema de Salud que corresponda, y de recabar la colaboración de los familiares o allegados en su caso.

4.4. ATENCIÓN SOCIAL.

El Centro Residencial propiciará la relación entre los usuarios y sus familiares o allegados, facilitando las visitas de éstos y organizando actos y encuentros colectivos entre ambos, supervisando y apoyando el mantenimiento y/o recuperación de dichas

relaciones familiares de origen. Se facilitará apoyo y/o ayuda para la utilización de los servicios comunitarios de ocio y tiempo libre, esparcimiento o recreo.

El Centro Residencial elaborará anualmente un programa de actividades de animación sociocultural que se llevará a cabo tanto dentro como fuera de él.

El servicio incluirá los trámites en caso de fallecimiento y enterramiento de aquellos usuarios sin familia o abandonados de hecho por las mismas.