

III INFORME DEL OBSERVATORIO SOCIAL DE GIPUZKOA



Mayo 2008



Centro de Documentación y Estudios **SiiS** Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. LOS MENORES EN SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN QUE CUMPLEN LA MAYORÍA DE EDAD	7
1.1. Introducción.....	7
1.2. Características básicas del colectivo	8
1.3. Recursos sociales	9
1.4. Experiencias de interés	17
1.5. Valoración.....	32
1.6. Bibliografía.....	34
1.7. Páginas Web	37
2. CUIDADORES CON NECESIDADES ESPECIALES.....	38
2.1. Introducción.....	38
2.2. Características básicas de los colectivos diana	40
2.3. Recursos sociales	44
2.4. Valoración.....	59
2.5. Bibliografía.....	60
2.6. Páginas Web	63
3. ABORDAJE DE LOS MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS DEPENDIENTES.....	65
3.1. Introducción	65
3.2. Incidencia de los malos tratos a personas mayores dependientes	66
3.3. Factores de riesgo frente al maltrato o la negligencia	68
3.4. Recursos sociales para la lucha contra el maltrato a las personas dependientes.....	71
3.5. Valoración.....	92
3.6. Bibliografía.....	95
3.7. Páginas Web	96
4. ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	98
4.1. Introducción.....	98
4.2. Características básicas del colectivo	100
4.3. Recursos sociales	103
4.4. Valoración.....	117
4.5. Bibliografía.....	118
4.6. Páginas Web	120
5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE LLEGAN A MAYORES.....	121
5.1. Introducción.....	121
5.2. Características básicas del colectivo	124
5.3. Recursos sociales	127
5.4. Experiencias de interés	130
5.5. Valoración.....	135
5.6. Bibliografía	137
5.7. Páginas Web	138

INTRODUCCIÓN

En el marco de las actividades del Observatorio Social de Gipuzkoa, este trabajo pretende recoger en detalle las tendencias e innovaciones que se han desarrollado en los países de nuestro entorno en los últimos años en relación a la prestación de Servicios Sociales a diversos colectivos, considerados emergentes o cuya situación requiere una atención específica. Este informe es continuación del que el pasado año se realizó para el Observatorio Social de Gipuzkoa en torno a las tendencias emergentes en cuanto a la provisión de servicios en diversas áreas de los Servicios Sociales.

Los colectivos que han sido objeto de atención en este informe son los siguientes:

- Menores en situación de desprotección que cumplen la mayoría de edad. Este colectivo está constituido por jóvenes que, tras cumplir los 18 años, han de abandonar la red de acogimiento residencial de menores y no tienen prevista o no es posible su reintegración en el núcleo familiar de origen. Algunos de estos jóvenes, sin los suficientes recursos relacionales, educativos y/o económicos, presentan muchas dificultades para su incorporación laboral e integración efectiva en la vida social.
- Cuidadores con necesidades especiales. La atención se centra en todas aquellas personas que prestan ayuda y cuidados a personas dependientes y que, bien por sus propias características –personas muy mayores muy jóvenes, personas enfermas, cuidadores

únicos, etc. y/o por la situación en la que se encuentra la persona atendida –grandes dependientes o en fase terminal, personas con enfermedad mental grave, etc. han de afrontar una fuerte carga de responsabilidad y estrés, con el consecuente riesgo de padecer numerosos problemas físicos y emocionales.

- Personas dependientes víctimas de malos tratos. A pesar del escaso y aún reciente reconocimiento del problema, las personas mayores y, en general, las personas dependientes cuentan con una prevalencia de maltrato mayor que la de otros colectivos. Esta violencia, que puede ser física pero también puede ejercerse a través de la negligencia, el abandono o el abuso psicológico, generalmente es infringida por el propio cuidador o cuidadora. El maltrato a personas dependientes y, por tanto, con un grado de fragilidad importante, puede producirse tanto en el ámbito doméstico o familiar, como en el medio institucional, es, en muchas ocasiones, difícil de detectar y tiene graves repercusiones en el bienestar y salud de las personas.
- Personas sin hogar con problemas de enfermedad mental. Estudios recientes han demostrado, no sólo que las personas con enfermedad mental grave y/o crónica presentan un riesgo mayor de quedarse sin hogar, sino también que las personas sin techo son, a causa de las precarias condiciones en las que viven, más proclives a desarrollar trastornos graves de salud mental. Actualmente se estima que entre el 25% y el 35% de personas sin hogar sufren algún tipo de enfermedad de este tipo. Las necesidades de estas personas son a menudo complejas y no siempre cuentan con servicios y recursos adecuados a sus peculiaridades. Además de los recursos sociales tradicionales, estas personas requieren en muchas ocasiones de atención sanitaria, rehabilitación o, incluso, de tutela jurídica e institucional.
- Personas con discapacidad intelectual que llegan a mayores. Como consecuencia de la mejora de las condiciones sociales y los avances en el ámbito de la atención sanitaria, las personas con discapacidad intelectual han experimentado un notable aumento en su esperanza de vida. Actualmente, este hecho plantea una problemática novedosa en relación a las necesidades de apoyo generalizado que este colectivo presenta a medida que envejece. Las personas con grave discapacidad intelectual presentan en su proceso de envejecimiento mayores dificultades que el resto y no siempre cuentan con los recursos adaptados necesarios.

Como en el primer estudio, el objeto de este trabajo no es el de describir las grandes tendencias o innovaciones que se producen a nivel de los principios o las líneas estratégicas básicas que guían la prestación de los servicios sociales a estos colectivos, sino el de analizar experiencias realizadas en ámbitos de actuación determinados que pueden resultar de interés para la gestión y la planificación de los servicios sociales en Gipuzkoa. En ese sentido, la utilidad que se le ha querido dar al documento es doble:

- Por una parte, identificar programas, servicios, centros u orientaciones novedosas que respondan a problemáticas a las que, hasta ahora, no se esté dando adecuada respuesta en nuestro entorno;
- Por otra, valorar el desarrollo y los resultados que están registrando otros programas y orientaciones sobre los que, no siendo necesariamente tan novedosos, puede resultar útil cotar con elementos de juicio.

La realización del informe se basa en la detección y el análisis, a partir de la base de datos bibliográfica del SIIS y de búsquedas específicas realizadas en otras bases de datos y en Internet, de experiencias innovadoras que constituyen, o pueden constituir, tendencias de cambio en la prestación de servicios sociales. La búsqueda se limita a documentos (informes oficiales, evaluaciones, memorias, monografías, artículos de revista, etc.) publicados a partir del año 2000 preferentemente en la Unión Europea, aunque se incluyen también algunas referencias a experiencias realizadas en Estados Unidos u otros países, generalmente anglosajones. También se han recogido experiencias de interés desarrolladas en otras Comunidades Autónomas del Estado español o en otros Territorios Históricos de la CAPV.

En todos los casos, se ha mantenido una misma estructura para la descripción de los servicios ofrecidos a los colectivos analizados:

- Introducción. Contextualización del fenómeno al que se alude y descripción del origen y evolución de la atención prestada, desde el ámbito de los servicios sociales, a cada uno de los colectivos.
- Características básicas del colectivo. Cuantificación y detalle de las principales características socio-demográficas del colectivo abordado.
- Recursos sociales. Enumeración y descripción de los principales servicios, programas y prestaciones existentes en los países de nuestro entorno dirigidos a cada colectivo.

- Experiencias de interés. Experiencias novedosas, programas piloto, evaluaciones de recursos, etc., en las que se aborde la atención desde los servicios sociales a los colectivos tratados.
- Valoración. Valoración de la pertinencia y viabilidad de la aplicación en Gipuzkoa de las experiencias recogidas en el punto anterior.
- Bibliografía. Recursos documentales utilizados y material de consulta de interés acerca del tema.

1. LOS MENORES EN SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN QUE CUMPLEN LA MAYORÍA DE EDAD

1.1. Introducción

Actualmente, nuestro sistema de protección a la infancia cubren las necesidades básicas de la población menor acogida hasta la edad de 18 años. Una vez cumplida la mayoría de edad, estos jóvenes adquieren automáticamente plena capacidad jurídica y las Administraciones cesan, en gran medida, en sus aportaciones de recursos. Se viene –o se venía– a considerar de este modo que a partir de este momento estas personas están en disposición de asumir su autonomía personal y cuentan con las habilidades y recursos necesarios para iniciar una vida independiente.

Frente a estos presupuestos, sin embargo, la realidad suele ser otra ya que una parte importante de estos jóvenes, sin los suficientes recursos relacionales, educativos y/o económicos, encuentran serias dificultades para su incorporación laboral e integración efectiva en la vida social. Esta etapa de transición es especialmente complicada, por ejemplo, en el caso de aquellos jóvenes que, una vez alcanzada la mayoría de edad, deben abandonar la red de acogimiento residencial de menores y no tienen prevista o no es posible su integración en el núcleo familiar de origen. En estos casos, la situación de clara desventaja que encuentran a la salida estos jóvenes se hace aún más evidente si se considera, a modo ilustrativo, que sólo dos de cada diez jóvenes

vascos de entre 15 y 29 años se han emancipado residencialmente¹. Aunque en líneas generales no puede considerarse a la totalidad de estos jóvenes como una población marginada o excluida sino, sobre todo, en riesgo de estarlo, se requiere de la intervención urgente y adecuada a sus necesidades de las diferentes instituciones y entidades sociales que trabajan con adolescentes y jóvenes para facilitar su plena integración social.

1.2. Características básicas del colectivo

Según datos proporcionados por las Diputaciones Forales vascas, en 2006 había alrededor de 1.400 menores acogidos en la CAPV, de los que el 52% se encontraba en centros o pisos de acogida y el resto, 672 menores, acogidos en familias. De todos ellos 369 pertenecían a Gipuzkoa, 196 de los cuales estaban en acogimiento residencial y 173 en acogimiento familiar. Aunque de momento no existen estudios o estadísticas que proporcionen algún tipo de información sobre la edad de las y los menores acogidos, es posible determinar a partir de los trabajos² existentes que los jóvenes de entre 16 y 18 años que se encuentran en acogimiento residencial representan entre un 20%-35% del total de menores acogidos. Sí se tiene, por otra parte, conocimiento específico de la edad de los menores que en 2005 causaron alta de acogimiento. De este modo, se sabe que del total de altas ocurridas en 2005, el 35,8% de las que se produjeron en acogimiento residencial correspondieron a adolescentes y jóvenes de entre 16 y 18 años, mientras que tan sólo el 5,7% de las de acogimiento familiar estuvieron protagonizadas por menores de esta edad³.

En ausencia de una información cercana y detallada acerca de las características que presentan los jóvenes que se encuentran protegidos y próximos a alcanzar la mayoría de edad una revisión de la literatura internacional demuestra que, en todos aquellos países donde estas cuestiones han podido ser medidas y analizadas, se ha puesto de manifiesto que los jóvenes que han pasado por el sistema de protección presentan no sólo muchas más dificultades para emprender una vida autónoma, sino también, un riesgo de exclusión social mucho más elevado. A diferencia del resto de jóvenes, aquellos que han permanecido bajo tutela o guarda de la Administración tienen generalmente peores resultados escolares, una tasa de escolarización post-obligatoria más baja y mayores niveles de desempleo. Existe también un riesgo significativa-

¹ Observatorio Vasco de la Juventud (2007): *Indicadores de Juventud 2007*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

² Panchón, C. (dir.) (2001): *Situación de menores de 16 a 18 años en Centros de Protección. Resumen*. Barcelona: Dulac; Ararteko (1997): *Atención a la infancia y adolescencia en situación de desprotección*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.

³ Dirección General de las Familias y la Infancia (2005): *Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Año 2005*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

mente mayor de padecer problemas mentales, adoptar conductas delictivas o acabar en la calle y, desde un punto de vista psicoafectivo, se detectan en mayor medida fuertes carencias afectivas, niveles de competencia social limitados y expectativas poco realistas acerca de sus capacidades.

Es preciso señalar también la emergencia de un fenómeno que, al menos en nuestro contexto, ha alterado sustancialmente el perfil y características de estos jóvenes. Se trata del fuerte incremento en los últimos en la afluencia de menores extranjeros no acompañados. En el caso de Gipuzkoa su número se ha multiplicado prácticamente por nueve en los últimos nueve años, pasando de 28 menores en 1997 a 244 en 2006, de tal modo que actualmente representan en torno al 41% de las y los menores acogidos en centros residenciales. Esta proporción es significativamente menor en el caso de Álava, donde los menores extranjeros suponen sólo el 16% y se encuentra ampliamente superada por el caso de Bizkaia, donde estos menores suponen ya el 57% de todos los jóvenes acogidos en centros residenciales.

Tabla 1. Número de plazas y menores acogidos en centros residenciales de la CAPV (2006)

		Nº de menores a fecha concreta	Nº de menores atendidos en el año
Álava	Menores extranjeros n.a.	16	32
	Total	123	195
Bizkaia	Menores extranjeros n.a.	268	612
	Total	545	1.071
Gipuzkoa	Menores extranjeros n.a.	93	244
	Total	257	590
CAPV	Menores extranjeros n.a.	377	888
	Total	925	1.856

Fuente: datos proporcionados por las Diputaciones Forales.

1.3. Recursos sociales

Para atender de forma adecuada las necesidades de estos jóvenes en una fase especialmente compleja y determinante, como es la emancipación, en los últimos años las instituciones competentes de todo el Estado, y de otros países de nuestro entorno, han ido desarrollando recursos y programas de preparación para la emancipación o de transición a la vida adulta. Estos programas, por lo general, se sustentan en un seguimiento individualizado y tutorizado del menor, y consisten en la promoción de habilidades para garantizar un cierto nivel de autonomía en la vida diaria y en el apoyo a través de recursos formativos y sociolaborales, viviendas de transición o ayudas económicas. Si bien, de modo preferente, los beneficiarios de estos

programas son jóvenes de entre 16 y 18 años, cada vez es más habitual su extensión a edades más tardías, sobre todo, en aquellos casos en los que éstos no cuentan con los recursos suficientes para iniciar una vida independiente, o bien necesitan de apoyos y seguimiento para consolidarla. En previsión de estas circunstancias, recientemente se han implementado también una gran variedad de programas dirigidos a jóvenes que cumplen la mayoría de edad y abandonan el sistema de protección. Es esencial que estos jóvenes no se sientan o se vean abandonados por el hecho de haber cumplido los 18 años, ya que un proceso obligado y precipitado a esta edad conduce antes al fracaso que a la autonomía.

En lo que respecta al ámbito internacional, es preciso destacar el Reino Unido como una de las principales referencias en este campo, no sólo por el importante esfuerzo económico y asistencial realizado sino, también, por el abultado volumen de documentación científica y técnica producido al respecto. Es además uno de los primeros países europeos en comenzar a desarrollar, a principios de los ochenta, medidas y programas específicos para jóvenes que abandonan la protección y poseen, en base a su trayectoria, variadas e innovadoras experiencias de atención, además de un preciso sistema –limitado, en este caso, a Inglaterra– de seguimiento y evaluación de las trayectorias de estos jóvenes. Fruto de esta amplia experiencia, las evaluaciones realizadas en el Reino Unido ponen de manifiesto la valiosa contribución de los servicios de emancipación a la mejora de las condiciones de vida de estos jóvenes y, más concretamente, en lo tocante a la consecución de mejores niveles formativos, al mantenimiento de un alojamiento estable, al desarrollo de habilidades sociales para la vida diaria y a la extensión de las redes sociales de apoyo informal.

En nuestro ámbito más cercano, si bien los programas de emancipación o preparación para la vida independiente cuentan con una historia todavía reciente, pueden señalarse importantes avances en los últimos años. En el ámbito estatal, puede ser ilustrativo el hecho de que doce de los quince planes de infancia y/o familia aprobados en las Comunidades Autónomas recojan en su texto medidas más o menos precisas dirigidas a reforzar el proceso de transición a la vida independiente de jóvenes protegidos institucionalmente. A la vista de su contenido, puede deducirse también un desarrollo territorial desigual, ya que sólo nueve de los quince planes mencionan expresamente alternativas residenciales de emancipación para estos jóvenes y, únicamente cinco, recogen algún conjunto articulado de medidas dirigidas específicamente para mayores de 18 años. Este es el caso, por ejemplo, de Cataluña o Andalucía, ambas con sendos programas destinados a jóvenes que han alcanzado la mayoría de edad. De los dos resulta especialmente reseñable, por su carácter precursor –su origen se remonta a 1994– el Plan catalán de coordinación de medidas interdepartamentales dirigidas a jóvenes tutelados al llegar a la

mayoría de edad. Actualmente, este Plan –en el que participan seis de los trece departamentos del Gobierno catalán–, se dirige a jóvenes extutelados y tutelados mayores de 16 años a través de un conjunto coordinado de medidas que integran programas de seguimiento socioeducativo, alojamiento, inserción sociolaboral, apoyo psicológico y ayudas económicas.

Dada la heterogeneidad que presentan en la práctica los programas de emancipación o vida independiente, a continuación se enumeran y describen los principales recursos existentes para adolescentes y jóvenes tutelados que alcanzan la mayoría de edad o están cerca de ella.

1.3.1. Programas de mayoría de edad o emancipación

Los programas de mayoría de edad o emancipación son programas que, desde un enfoque integral, proporcionan a menores que son o han sido tutelados por la Administración un conjunto de medidas y recursos de diferente tipo (residenciales, formativos, de acompañamiento...) para normalizar sus situación y lograr un resultado satisfactorio en su proceso de emancipación. Aunque estos programas se enmarcan, generalmente, en el Sistema de Protección de Menores, no puede considerarse que supongan una extensión de la protección que han recibido por el propio Sistema más allá de los 18 años. Tampoco pueden considerarse como un proceso encaminado a garantizar una formación no reglada que les permita acceder a un mercado de trabajo, o a la consecución de una vivienda. En general, se trata, de un planteamiento más amplio, que parte de las necesidades de cada joven y de su situación personal para lograr su plena autonomía y normalización. Este tipo de programas se dirigen generalmente a jóvenes que habiendo estado tutelados necesitan continuar con un apoyo y orientación que les permita continuar con un proceso encaminado a vivir de forma autónoma.

1.3.2. Programas y recursos residenciales y de acceso a la vivienda

Uno de los objetivos principales con los jóvenes que inician un proceso de desvinculación del sistema de protección para tratar de emanciparse es el acceso a la vivienda. Este objetivo es fundamental ya que se trata de una necesidad básica que condiciona por sí misma cualquier otro planteamiento de integración y de autonomía. Sin embargo, es también un objetivo especialmente complicado debido a factores como la dependencia existente del sistema protector por parte del joven o la joven, la escasez de recursos económicos propios, la falta de habilida-

des para desenvolverse en la búsqueda o las propias dificultades de acceso que impone el propio mercado.

Dentro del ámbito de los recursos residenciales y el acceso a la vivienda, las primeras actuaciones suelen empezar a contemplarse durante el acogimiento residencial y antes de que finalice la tutela través de los pisos de autonomía o, también llamados, de emancipación. A través de estos dispositivos puente, cada vez más extendidos en nuestro contexto, se pretende facilitar de forma adecuada la salida del acogimiento residencial favoreciendo para ello el proceso de maduración personal del joven o la joven por medio de un acompañamiento socioeducativo y la presencia más o menos intensiva de los educadores. Los objetivos generales que definen estos dispositivos son:

- Proporcionar a los y las jóvenes las habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente.
- Ofrecerles un espacio de convivencia desde el cual puedan participar en la vida comunitaria con el apoyo necesario.
- Incorporar a los jóvenes a un modo de vida semi-autónomo e integrado dentro de su comunidad.

Más allá de los pisos de autonomía o emancipación, pueden existir también otro tipo de medidas o acciones dirigidas a favorecer el acceso a la vivienda. Entre ellas se pueden destacar las siguientes:

- Derivación y coordinación con los recursos residenciales y/o pisos vinculados a la Red de Protección Oficial.
- Negociación con las autoridades competentes sobre cupos para jóvenes extutelados en las promociones de viviendas de protección oficial.
- Desarrollo de fórmulas de concertación de la vivienda a un precio económico.
- Creación de un seguro por parte de la Administración que de garantías al propietario y que cubra posibles impagos o desperfectos.
- Centralización de la información sobre los recursos existentes para el acceso a la Vivienda Joven.
- Tramitación de ayudas económicas temporales que faciliten la independencia de estos jóvenes (ayudas para el alquiler etc.).
- Transferencia de conocimientos y habilidades suficientes para las situaciones relacionadas con la convivencia y gestión de la vivienda.

1.3.3. Programas formativos, de inserción laboral y/o acompañamiento

La inserción laboral es, al igual que el acceso a la vivienda, una de las condiciones que facilitan el paso a la vida autónoma e independiente y la integración social de los jóvenes en general. Por este motivo, uno de los objetivos principales que se suelen establecer en relación a los jóvenes que, una vez desvinculados del sistema de protección, tratan de emanciparse, lo constituye su inserción en el mundo laboral.

En este punto es preciso considerar las características específicas que presentan muchos/as de estos/as jóvenes pues de otro modo no sería posible adecuar los servicios y recursos a las peculiaridades y necesidades de este colectivo. Los expertos y profesionales en esta materia señalan que los y las jóvenes a los que van dirigidos estos programas suelen presentar a menudo una falta de adquisición de los hábitos laborales básicos (constancia, puntualidad, aceptación de la autoridad, etc.), además de importantes carencias de tipo formativo y/u ocupacional que les permitan o faciliten su incorporación al mundo laboral. Asimismo, no suelen tener asumida, salvo excepciones, la necesidad de trabajar, acomodándose a los recursos que se les ofrecen sin hacer por su parte ningún esfuerzo por encontrar trabajo⁴.

Por todo ello, el diseño de este tipo de programas suele contemplar las siguientes medidas o actuaciones:

- Realización de itinerarios personalizados de inserción laboral.
- Centralización de la información disponible sobre los dispositivos formativos y laborales de cada territorio y coordinación entre ambos recursos.
- Elaboración de iniciativas especiales de empleo adaptadas a las necesidades de los y las jóvenes.
- Establecimiento de puntos de búsqueda activa de trabajo y de relación de los diferentes agentes del proyecto.
- Generación de redes estables de empresas solidarias y de inserción.

⁴ Ingles, A. y otros (2004): *Aprendiendo a volar. Estudio para el análisis de los programas europeos Mentro15 y Ulises dedicados al proceso de socialización de adolescentes y jóvenes tutelados que han alcanzado la mayoría de edad o están cerca de ella*. Murcia: Fundación Diagrama.

1.3.4. Programas de tutoría o padrinazgo

Los programas de tutoría o padrinazgo facilitan la formación de una relación afectiva y de carácter voluntario entre dos personas, por la cuál una ofrece a la otra atención y apoyo, orientación para la toma de decisiones, asistencia educativa o ayuda para adquirir y desarrollar habilidades sociales y laborales. Las personas apadrinadas son, generalmente, menores (en riesgo de exclusión, en acogida, tutelados, o menores en general) y jóvenes en proceso de emancipación, especialmente, si están en peligro de exclusión.

En su vertiente informal, el padrinazgo de menores cuenta con una larga tradición, aunque las experiencias institucionalizadas son, en general, bastante recientes. En Estados Unidos, en cambio, éstas se remontan a 1902, año en el que comienzan varias iniciativas que, más tarde, dieron lugar a la organización de padrinazgo organizado más antigua de aquel país, *Big Brothers Big Sisters*. En Europa, el desarrollo de esta herramienta ha sido posterior. En Francia, el padrinazgo institucionalizado nació en la década de 1960 y el Gobierno lo está impulsando mediante la elaboración de un marco de referencia. En el Reino Unido está más extendido, sobre todo en su vertiente escolar (más de dos tercios de las escuelas inglesas y galesas tienen programas de *mentorship*), y los ayuntamientos están obligados por ley a proporcionar los servicios de un padrino voluntario a los menores desarraigados.

1.3.5. Programas de acogimiento familiar para mayores de 18 años

El acogimiento familiar constituye a día de hoy uno de los elementos centrales del sistema de atención a menores en situación de desprotección. En este caso, a diferencia del acogimiento familiar de menores, recurso contemplado jurídicamente, el acogimiento de jóvenes mayores de edad y, por tanto, con plena capacidad jurídica, presenta una vertiente más flexible e informal. Estos programas consisten generalmente en la acogida temporal en familias de jóvenes mayores de edad que han estado tutelados por la Administración. Al igual que en la modalidad de acogimiento familiar a personas mayores, estos proporcionan a jóvenes que han estado institucionalizados la posibilidad de integrarse en una nueva familia que, en este caso, atenderá a sus necesidades de alojamiento y de apoyo para determinadas actividades de la vida diaria. Los programas de acogimiento familiar para mayores de 18 años constituyen un recurso novedoso y adecuado para jóvenes que necesitan del apoyo que puede proporcionarles un entorno familiar estable.

1.3.6. Prestaciones y ayudas económicas

Esta medida consiste en la concesión durante un período limitado de tiempo de ayudas económicas a jóvenes sobre los cuales se ejerza o se haya ejercido alguna actuación protectora y estén en proceso de emancipación. Estas ayudas que, generalmente, suelen ir acompañadas de otro tipo de actuaciones que buscan favorecer la integración social y laboral de estos jóvenes, están destinadas a cubrir total o parcialmente, sus necesidades básicas, personales y formativas. Eventualmente, estas ayudas contemplan también como potenciales beneficiarios a jóvenes aún no emancipados que permanecen en la familia de acogida una cumplida la mayoría de edad.

1.3.7. Programas específicos para jóvenes extranjeros no acompañados

La creciente llegada de menores no acompañados a nuestro país ha provocado en los últimos años importantes cambios en el perfil de los y las jóvenes que, desde el sistema de protección, tratan de alcanzar una situación personal emancipada y autónoma. Tanto por su elevado número –actualmente representan en algunas comunidades autónomas más de la mitad de los menores en acogimiento residencial–, como por sus especiales características (desconocimiento del idioma, ausencia de apoyos familiares próximos, etc.), recientemente han empezado a desarrollarse programas de distinto tipo dirigidos específicamente a este grupo. Entre las diferentes medidas contempladas por este tipo de programas pueden destacarse las siguientes:

- Actuaciones para reforzar la formación y mejorar la inserción laboral.
- Cursos de aprendizaje del idioma o idiomas del territorio donde residen.
- Medias de acompañamiento y orientación jurídica en el proceso de regularización
- Formación e información para que puedan desenvolverse en una cultura y costumbres diferentes.
- Actuaciones para facilitar el acceso a una vivienda o alojamiento teniendo en cuenta que se trata de un mercado que discrimina muchas a los extranjeros.
- Apoyo personal y psicológico ante situaciones de aislamiento que pueden provocar alteraciones emocionales e indefensión.
- Formación específica de los y las profesionales para acercarse mejor a los distintos parámetros culturales.

1.3.8. Otros programas y medidas

Además de los programas ya mencionados, existe un amplio abanico de medidas y actuaciones de distinto alcance dirigidas a facilitar el proceso de emancipación a la vida adulta de las y los jóvenes que han estado protegidos institucionalmente. Entre ellas pueden destacarse las siguientes:

- Introducción de modificaciones normativas que permitan a los jóvenes de 18 y más años acceder a determinadas prestaciones y/o recursos para los que se fija una edad mínima mayor.
- Campañas de sensibilización dirigidas al conjunto de la población.
- Desarrollo de sistemas de información, estadísticas y estudios de evaluación que permitan una planificación más adecuada y un avance en el conocimiento de lo que resulta eficaz en este ámbito.
- Programas de promoción de la salud y de hábitos alimentarios saludables que permitan un mayor conocimiento sobre estas cuestiones.
- Programas de educación sexual y de prevención tanto de embarazos no deseados como de enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Programas de prevención de drogodependencias y programas dirigidos a la reducción de los consumos.
- Plantear una atención más intensiva y/o cualificada en el caso de los jóvenes que manifiestan alteraciones significativas de la conducta y contar con la posibilidad de dispositivos más especializados a los cuales derivar o con los cuales trabajar coordinadamente, según los casos.
- Contemplar dentro de los programas una perspectiva de género que permita visibilizar determinadas peculiaridades y actuar sobre las barreras específicas que presentan las mujeres jóvenes: dificultades añadidas para acceder al mercado laboral, cargas familiares, etc.

1.4. Experiencias de interés

1.4.1. Programas de mayoría de edad o emancipación

1.4.1.1. Plan de coordinación de medidas interdepartamentales dirigidas a jóvenes tutelados al llegar a la mayoría de edad. Cataluña

En Cataluña, el Primer Plan interdepartamental para mayores de 18 años extutelados fue aprobado en 1994. Se trataba de un plan elaborado en base a la constatación de la situación de alto riesgo de exclusión que planteaban los jóvenes que, habiendo sido atendidos por la Dirección General de Atención a la Infancia en un Centro Residencial de Acción Educativa, debían abandonarlos por imperativo legal al alcanzar la mayoría de edad, finalizando así la tutela ejercida por la Administración sobre ellos. El Plan estaba integrado por un conjunto de 30 medidas que a su vez se distribuían en seis ámbitos de intervención, en los cuales se asignaba la implicación en mayor o menor grado de las distintas Direcciones Generales de un mismo o varios Departamentos de la Generalitat. Entre las medidas contempladas, cabe destacar, por ejemplo, la modificación de los requisitos de la PIRMI (Programa Interdepartamental de la Renta Mínima de Inserción) para hacer posible la condición de solicitantes y beneficiarios a los chicos y chicas mayores de 18 años que hubieran sido tutelados por la Administración.

En 2003 este plan se actualiza dando paso a la constitución de la Comisión⁵ del Segundo Plan de Coordinación de medidas interdepartamentales dirigidas a las personas jóvenes tuteladas al llegar a la mayoría de edad. Al igual que en el primero, este Plan se dirige a chicos y chicas mayores de edad extutelados, pero se extiende además a menores tutelados en la franja de los 16 a 18 años. Actualmente, el Plan se encuentra en vigor y se apoya fundamentalmente en los siguientes programas: programa de seguimiento socioeducativo, de alojamiento, de inserción laboral, de apoyo psicológico y de Renta Mínima de Inserción. En la tabla 2 se pueden observar los principales datos de 2006 correspondientes al Plan.

⁵ Decreto 185/2003, de 1 de agosto, de creación de la Comisión del segundo Plan de coordinación de medidas interdepartamentales dirigidas a las personas jóvenes tuteladas por la Administración de la Generalidad al llegar a la mayoría de edad.

Tabla 2. Datos básicos del Plan catalán de coordinación de medidas interdepartamentales dirigidas a jóvenes tutelados al llegar a la mayoría de edad. Cataluña, 2006

Datos básicos	
Características de los/as jóvenes atendidos	
Jóvenes atendidos de 16 a 18 años	184
Jóvenes atendidos mayores 18 años	299
Jóvenes atendidos a 31 dic.	483
Jóvenes autóctonos (%)	45
Jóvenes extranjeros (%)	55
Hombres (%)	69
Mujeres (%)	31
Total menores acogimiento residencial Cataluña	2.396
Evolución	
Atendidos en 2003	251
Atendidos en 2004	278
Atendidos en 2005	333
Incremento 2003-2006 (%)	92
Beneficiarios/as de los diferentes recursos	
Vivienda asistida	222
Programa de inserción laboral	110
Programa de Renta Mínima de Inserción	5
Seguimiento socioeducativo	123

Fuente: Memoria del Departament D'Acció Social i Ciutadania, 2006.

1.4.1.2. Plan de Mayoría de Edad. Andalucía

El Plan de Mayoría de Edad es un instrumento de la Junta de Andalucía mediante el cual los y las jóvenes en acogimiento residencial o familiar, al acercarse a la mayoría de edad, cuando acceden a ella y en los primeros años tras la misma, pueden disponer de una serie de recursos para hacer frente a su nueva situación de autonomía e independencia. Actualmente, el Plan de Mayoría de Edad articula un conjunto de medidas y recursos que se asientan en tres grandes líneas de actuación, desde las cuales se desarrollan diferentes tipos de programas:

- Preparación para la mayoría de edad y emancipación a partir del uso de medidas y recursos dirigidos a jóvenes tutelados con edades cercanas a los 18 años y que están en centros de protección.
- Orientación, apoyo y seguimiento externo a partir de recursos integrales e individuales prestados en centros de día.
- Atención intensiva para aquellos jóvenes que, durante los primeros años, al cumplir los 18, necesiten procesos integrales de desarrollo de la autonomía y la independencia

a través de recursos temporales en los que se cubran sus necesidades básicas, faciliten un contexto de convivencia intensiva y les posibiliten cauces de formación y acceso al empleo y la vivienda.

Para llevar a cabo estas medidas, el Plan de Mayoría de Edad andaluz cuenta con dos modalidades de recursos, denominadas de alta y media intensidad. La primera hace referencia a los pisos de autonomía y en ellos se proporciona una atención integral a aquellos jóvenes que al cumplir los 18 años han tenido que abandonar los centros de menores y carecen de toda posibilidad para vivir de forma autónoma. El tiempo de permanencia en estos pisos está limitado y su temporalidad es de un año como máximo, aunque puede variar en función de las necesidades y situación individual de cada joven.

La segunda modalidad está integrada por una red de centros de día, en este caso, dirigidos a jóvenes que viven de forma autónoma o bien con algún familiar. A través de estos centros se llevan a cabo numerosas acciones entre las que destacan la orientación y el acompañamiento en la búsqueda de empleo, la formación para el acceso al mercado laboral, el aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana, el asesoramiento y apoyo psicológico o las ayudas para el alquiler de una vivienda. A diferencia del recurso de alta intensidad, en este modelo de intervención el número de jóvenes que pueden atenderse es mayor, al no estar limitado por la capacidad de la vivienda. También es mayor el tiempo de permanencia, en este caso, fijado en un máximo de tres años.

Tabla 3. Evolución de los/as jóvenes atendidos por el Programa +18

	2002	2003	2004	2005	Incremento 2002-2005
Recursos de alta intensidad	22	72	100	135	513,6
Recursos de media y baja intensidad	450	601	744	832	84,9
Ambos recursos	472	673	844	967	104,9

Fuente: Programa +18.

De la evaluación realizada hasta el momento respecto al funcionamiento de este programa se puede extraer un dato significativo: el 90% de los jóvenes que finalizan el programa en los recursos de alta intensidad lo hacen con los objetivos cumplidos, lo que puede considerarse un porcentaje alto teniendo en cuenta las características de la población atendida.

Actualmente la Junta de Andalucía desarrolla el Plan a través de entidades colaboradoras, en virtud de Convenios de Colaboración con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Por su parte, la coordinación del mismo se realiza desde la Dirección General de Infancia y Familias, con la participación del personal técnico de las Delegaciones Provinciales para la Igualdad y Bienestar Social, así como de una red de más de diecisiete entidades colaboradoras. En estos momentos, los recursos del Programa de Mayoría de edad se hayan consolidados en Andalucía y se han ampliado a todas las provincias andaluzas.

1.4.2. Programas y recursos residenciales y de acceso a la vivienda

Las necesidades de alojamiento que pueden presentar los adolescentes y jóvenes que se encuentran en proceso de preparación de la emancipación o que, al cumplir la mayoría de edad, abandonan la protección son diversas. Ello dependerá de muchos factores entre los que se encuentran su propia experiencia durante el período de acogimiento, el grado de preparación que hayan alcanzado antes de comenzar la transición o las propias características y situación personal de cada joven. En el Reino Unido, las Autoridades Locales son las autoridades competentes en la atención a menores protegidos y jóvenes extutelados hasta los 21 años y, de forma precisa, tienen la obligación legal de proporcionar un alojamiento apropiado para aquellos chicos y chicas que abandonan la protección. A continuación se presentan algunas de las experiencias más innovadoras en el ámbito de la provisión de alojamiento llevadas a cabo en este país.

1.4.2.1. Unidades residenciales con dos modalidades de alojamiento. Ilford

Esta modalidad residencial, de ubicación céntrica en uno de los distritos municipales de Londres, se caracteriza por tener dentro de un mismo centro residencial, con apoyo de personal durante las 24 horas, dos modalidades de alojamiento. La primera, situada en la planta baja, está compuesta por dos habitaciones amuebladas con cocina y baño compartidos. Ambas cuentan con una entrada cerrada pero el acceso a ellas se hace a través del edificio principal. La segunda modalidad de alojamiento cuenta a su vez con dos estudios, cada uno con su cocina y baño, a los que se puede acceder directamente desde la calle. A diferencia de la primera modalidad, ésta se dirige a jóvenes con un grado de independencia alto por lo que sólo se prevé que puedan hacer uso de los recursos de apoyo, con los que sí cuenta la primera, en situaciones de urgencia. Esta unidad residencial a dos niveles, está pensada para tratar de minimizar el tras-

torno que puede suponer para muchos jóvenes protegidos abandonar definitivamente su residencia habitual. Está previsto además que los profesionales adscritos a este centro sigan proporcionando apoyo a los jóvenes una vez salgan de él.

1.4.2.2. Supported Lodgings. Redbridge

De modo muy simple, esta modalidad podría definirse como una solución residencial a medio camino entre el piso asistido y la familia de acogida. Prevista para jóvenes de entre 16 y 18 años y hasta los 21 años, a través de esta alternativa residencial el menor o joven pasan a vivir en un hogar compuesto por una familia que, con la ayuda de un educador o trabajador social, proporcionan a éstos toda una serie de apoyos. El objetivo que se pretende es que estos jóvenes adquieran las habilidades necesarias para iniciar una vida independiente. Debe apreciarse que no se trata de una familia de acogida y de que en ningún momento el joven o la joven pasa a ser un miembro familiar más. Podría hablarse más bien de una especie de “tutores”. Además, la estancia del joven en la familia se costea a través de un alquiler del que ha de hacerse responsable el joven o la joven y que deberá afrontar él o ella misma en función de sus ingresos.

1.4.3. Programas formativos, de inserción laboral y/o acompañamiento

1.4.3.1. Proyectos Mentor15 y Ulises. Varias Comunidades Autónomas

Los Proyectos Mentor15 y Ulises, integrados en los proyectos europeos eQual, se iniciaron a principios de esta década en ocho comunidades autónomas españolas con el propósito de proporcionar a jóvenes tutelados y/o protegidos recursos destinados al acompañamiento a la vida autónoma y la inserción laboral.

El Proyecto Ulises, desarrollado en cuatro comunidades autónomas, en el que han participado las Administraciones autonómicas de Andalucía, Extremadura, Murcia, Comunidad Valenciana y la Fundación Diagrama, ha trabajado para mejorar la capacidad de inserción socio-profesional de más de 1.200 jóvenes, facilitando su acceso e incorporación al mercado de trabajo. Para ello ha puesto en práctica una serie de actuaciones de tipo sociolaboral para favorecer la inserción en el mercado laboral de los jóvenes que estén o hayan estado sujetos a medidas de protección o reforma. Entre los principales objetivos que se pretendían alcanzar con este proyecto estaban la construcción de 500 itinerarios individualizados de inserción laboral y

la consecución de su plena incorporación al mercado de trabajo. Para ello se preveía el diseño de metodologías innovadoras, orientadas a la definición de itinerarios de integración social sostenible, y la creación de una red estable de empresas solidarias y de inserción.

Entre las actuaciones realizadas bajo el paraguas de este programa se encuentran: la creación de un plan integral de orientación sociolaboral, la elaboración de una guía técnica del orientador sociolaboral, la creación de una red de empresas solidarias, el desarrollo de un módulo de igualdad de oportunidad y perspectiva de género para su inclusión en todas las actividades formativas, campañas de sensibilización y comunicación a las instituciones y entidades implicadas y la organización de encuentros entre los jóvenes participantes en el proyecto.

Por su parte, el proyecto sectorial Mentor15 se ha desarrollado de 2002 a 2004 en las comunidades autónomas de Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, La Rioja y Madrid y ha contado con la participación de 17 entidades. Al igual que el mencionado proyecto Ulises, con Mentor15 se ha trabajado para mejorar las capacidades de los jóvenes tutelados, extutelados o en situación de riesgo, con relación a los procesos de emancipación e incorporación al mercado laboral. En definitiva, lo que se pretendía con el desarrollo del programa era servir de instrumento de prevención y consolidación de los procesos de integración social ya iniciados desde los centros residenciales, evitando de este modo la perpetuación de la relación de dependencia de los jóvenes con la Administración.

Ambos programas, Ulises y Mentor 15, fueron evaluados en 2004. En líneas generales se destaca que los programas inserción laboral mejoran sustancialmente las oportunidades de incorporación a la vida adulta de estos jóvenes y pueden contribuir a mejorar sus habilidades. Se constata, sin embargo, que si las oportunidades laborales se limitan únicamente a empresas de mercados laborales protegidos, esto puede generar desconfianza en otro tipo de empresarios. Asimismo se advierte del peligro de que los entornos laborales protegidos generen unas redes que, en cuanto se de una saturación de la mano de obra necesaria, dejen de ser eficaces para el fin con el que se crearon.

1.4.3.2. Servicio de orientación sociolaboral de menores y jóvenes. Comunidad Valenciana

Se trata de un servicio dirigido específicamente a la inserción sociolaboral de menores y jóvenes, mayores de 16 años que se encuentran o han encontrado con medidas de protección o reforma en la Comunidad Valenciana. Su objetivo es el de favorecer la adquisición del mayor

nivel de autonomía personal y de capacidad de inserción social y laboral de los jóvenes procedentes de los Sistemas de Protección y Reforma de menores, evitando así su riesgo de exclusión social.

La actuación está centrada en el acompañamiento y apoyo al joven en su proceso de formación ocupacional y de búsqueda de empleo. Esta función implica la construcción de itinerarios integrados de inserción individualizados, el establecimiento de acciones de cualificación y la realización de prácticas formativas en empresas. El Servicio incluye la acción de un “tutor” simbólico para que apoye a estos jóvenes, les anime y les asista para lograr el objetivo final. Este Servicio, fruto de un convenio de colaboración y financiado por Fondos Europeos, está gestionado por la Fundación Diagrama y es prestado por orientadores socio-laborales. Actualmente existen tres oficinas en toda la Comunidad Valenciana que prestan este servicio, una en cada provincia.

1.4.3.3. Programa SAIO. Bizkaia

El Programa de Servicio de Acogida, Información y Orientación es un programa desarrollado en Bizkaia desde 1997, puesto en marcha por el Consorcio para la Educación Compensatoria y desarrollado por la Asociación Emankor. A través de él se pretende facilitar la inserción laboral y social de mejores y jóvenes de entre los 16 y 21 años con expediente de protección en la Diputación Foral, que por alcanzar la mayoría de edad pasan de estar protegidos institucionalmente y se enfrentan a su inserción laboral en condiciones muy desfavorables.

Los objetivos de este programa son: a) facilitar la inserción laboral y social de los/as jóvenes de entre 16 y 21 años; b) facilitar información y acceso a programas de empleo-formación que les den una cualificación profesional y que conlleve empleos temporales de inserción; c) orientar y elaborar un plan conjunto y personalizado, tanto de formación como de búsqueda de empleo; y d) facilitar la autonomía e independencia personal, proporcionándoles la posibilidad de vivir en un piso, fuera del núcleo familiar.

En 2006 fueron usuarios de este programa un total de 75 jóvenes. Según la memoria de este mismo año del Departamento de Acción Social la aportación de la Diputación Foral al Consorcio de Educación Compensatoria fue de 236.303 euros.

1.4.3.4. Cuota de reserva de empleo público. Jaén

En la provincia de Jaén, desde el año 2001, existe una iniciativa pionera que consiste en reservar un 2% del total de las sustituciones ofertadas en puestos de trabajo del sector público a menores tutelados por la Junta de Andalucía que alcancen la mayoría de edad. Son numerosas las categorías laborales que los jóvenes pueden solicitar siempre que cumplan los requisitos académicos: ayudante de cocina, conserje, ordenanza, vigilante, limpiador, personal de servicio doméstico, auxiliar de clínica, auxiliar sanitario, etc. Según los promotores de esta medida, esta primera experiencia laboral aumenta la empleabilidad de los jóvenes de cara al acceso al empleo privado, donde normalmente las ofertas exigen una experiencia laboral previa.

1.4.4. Programas de tutoría o padrinazgo

1.4.4.1. Programas de padrinazgo de menores tutelados en proceso de emancipación del Prince's Trust. Reino Unido

A pesar de que Reino Unido cuenta con una dilatada experiencia en el ámbito de los programas de mentoría, los proyectos de este tipo que se dirigen a jóvenes que abandonan el sistema de protección son aún relativamente recientes y se remontan a finales de los noventa. En este campo destaca especialmente la asociación benéfica Prince's Trust que desde 1998 dirige una red de programas locales de apadrinamiento destinados a menores extutelados que abandonan la protección. En estos programas las relaciones de padrinazgo presentan dos modalidades: la más tradicional, entre una persona adulta y un joven en proceso de emancipación, y también, la que se podría denominar como padrinazgo entre pares, es decir, cuando el rol de padrino lo ejerce una persona joven que ha pasado por el mismo proceso. En todos los casos, los programas de mentoría prevén tanto planes de formación para los padrinos como sesiones de supervisión individuales y en grupo para los mismos. En una evaluación realizada en 2005, estos programas fueron juzgados satisfactoriamente por ofrecer un complemento informal a otras medidas de apoyo a este colectivo, más profesionalizadas y centradas en objetivos⁶.

⁶ Clayden, J. y Stein, M. (2005): *Mentoring Young People Leaving Care. Someone for Me*. Bristol: The Joseph Rowntree Foundation.

1.4.4.2. Programa Referents. Cataluña

El Programa Referents es una iniciativa innovadora que nace en 2005 de la mano de la entidad social catalana Punt de Rèferència. Este proyecto está dirigido a jóvenes tutelados y extutelados de entre 17 y 20 años y consiste en poner a su disposición una persona voluntaria que, a modo de tutor, llevará a cabo labores de apoyo, orientación y acompañamiento. Con este programa, se trata fundamentalmente de proporcionar a estos jóvenes un apoyo emocional y social, además de un acompañamiento en la inserción laboral y búsqueda de una vivienda. Se pretende asimismo ampliar la red de relaciones de estos jóvenes y dotarles de las habilidades sociales necesarias para su integración social.

En el caso de Referents es la propia asociación Punt de Réferència la que facilita el contacto entre el o la joven y la persona voluntaria y, también, la que vela porque esta relación sea constructiva y favorable para ambas partes. En el caso de las personas voluntarias o referentes, la entidad busca a adultos de entre 25 y 50 años que cuenten con una situación de estabilidad personal y dispongan de tiempo suficiente para dedicarlo a esta tarea. Se han de comprometer además durante un año a participar de las sesiones formativas y de seguimiento establecidas por la asociación. Desde 2005 a 2007 han colaborado como voluntarias un total de 87 personas.

1.4.5. Programas de acogimiento familiar para mayores de 18 años

1.4.5.1. Programa Acull. Cataluña

El Programa Acull es un programa de acogimiento familiar dirigido específicamente a jóvenes inmigrantes extutelados que llegaron como menores no acompañados. El programa nace en el año 2002 y surge a raíz de la propuesta que la Consejería de Acción Social y Ciudadanía del Gobierno catalán hace a la asociación Punt de Refèrència. El principal objetivo de este programa consiste en ofrecer a estos jóvenes un espacio de apoyo integral y cotidiano que les permita consolidar capacidades para ser más autónomos mientras se facilita el establecimiento de vínculos con familias catalanas y se favorece un mayor conocimiento de la sociedad de acogida. En principio, el programa tiene una duración temporal de 8 meses, que pueden, no obstante, prorrogarse dependiendo del caso.

Los destinatarios del programa son jóvenes extranjeros extutelados, sin trayectorias conflictivas y con permiso de residencia y trabajo. Respecto a las familias voluntarias, su perfil puede ser variado, desde personas que viven solas a familias numerosas. De ellas se requiere que dispongan de tiempo y espacio para acoger a un joven y que asuman el compromiso de participar durante un año en las acciones que el programa requiera. Entre ellas se encuentra, como paso previo a la acogida, la realización de 8 sesiones formativas de dos horas. Durante el período de acogida, el programa prevé también la participación de distintos profesionales en tareas de apoyo y seguimiento. Para desarrollar este programa, la asociación que lo gestiona recibe financiación pública y privada. La familia acogedora percibe 300 euros mensuales durante el período que dura acogida, la mitad abonados por el joven y la otra mitad por la asociación. En caso de que el joven no pueda abonar dicha cantidad, es la propia entidad la que asume la responsabilidad de la misma.

Desde que se inició el proyecto en 2002, el programa ha atendido a 24 jóvenes, la mayoría de ellos varones y de origen marroquí. Tal y como la propia entidad menciona, el éxito del programa está en la metodología del seguimiento y en la intensidad y continuidad del mismo. En el caso de las familias, el acompañamiento se produce de manera individual y grupal: mientras el individual permite un asesoramiento y orientación profesional individualizada, el grupal, posibilita que se establezcan vínculos entre las familias acogedoras y que éstas puedan compartir experiencias, dudas, etc. En el caso de los jóvenes acogidos, el seguimiento se realiza a partir de tutorías individuales con el equipo técnico.

1.4.6. Prestaciones y ayudas económicas

1.4.6.1. Ayudas económicas. Escocia

En Escocia, como en el resto del Reino Unido, la responsabilidad sobre los menores tutelados y los servicios provistos tras la tutela recaen en las Autoridades Locales. Los diferentes servicios y programas que pueden encontrarse en este país son muy diversos y están muy extendidos. Entre ellos, las ayudas económicas constituyen una medida más dentro de un conjunto de acciones entre las que se encuentra el apoyo personal, los servicios de alojamiento, las actuaciones en materia de educación, empleo y formación o la promoción de la salud y el cuidado personal. Aunque la cuantía y requisitos para acceder a las ayudas económicas varía de unos territorios a otros, en general, puede decirse que estas ayudas se articulan a través de la concesión de una primera cuantía inicial, en el momento en el que el adolescente o joven abandona

la protección (entre 1.500 y 2.500 libras aproximadamente) que puede verse ampliada más adelante con ayudas reforzar los ingresos, afrontar el coste del alojamiento o los estudios y, en general, para hacer frente a cualquier tipo de emergencia.

1.4.6.2. Ayudas de apoyo a los programas de autonomía personal. Varias Comunidades Autónomas

Además de Gipuzkoa, dentro del Estado existen otras comunidades autónomas donde se conceden ayudas de tipo económico al colectivo de jóvenes extutelados. Entre ellas se encuentran por ejemplo Andalucía, que prevé ayudas económicas individuales dentro de su programa de mayoría de edad, Cataluña, Galicia o Castilla-La Mancha. En este último caso, las ayudas económicas suponen una medida más dentro de un programa integral de autonomía personal dirigido a jóvenes de entre 16 y 24 años que han estado o están tutelados por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Los requisitos para poder acogerse a estas ayudas son los siguientes: a) estar incluido en el Programa de Autonomía Personal; b) figurar inscrito como demandante de empleo o estar matriculado en cursos académicos o de formación, c) en el caso de los extranjeros, haber solicitado el Número de Identificación de Extranjeros (N.I.E.) y d) comprometerse a colaborar en la elaboración conjunta con los técnicos responsables del programa de autonomía personal de un Plan de Intervención en el que se detallen los objetivos, la finalidad de la ayuda solicitada y los compromisos relacionados con ésta. La cuantía de estas ayudas puede variar y se ajusta en función de, por un lado, el tipo concreto de la necesidad y, por otro, las aportaciones con que cuente el beneficiario por sus propios medios (trabajo u otras ayudas). En los seis primeros meses del año 2007, 147 jóvenes se beneficiaron del programa de autonomía personal y 58 de ellos recibieron ayudas económicas.

En Cataluña las ayudas económicas a jóvenes extutelados se vehiculan a través de la Renta Mínima de Inserción. En esta comunidad, pueden ser beneficiarios de la Renta Mínima de Inserción de modo excepcional las personas menores de 25 años que se encuentren en situación de desamparo, riesgo social o que tengan personas dependientes a su cargo. Se contempla además de forma precisa la situación de jóvenes que hayan estado bajo la tutela de la Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia del Departamento de Bienestar y Familia, así como la de aquellos que procedan de centros o programas de la Dirección General de Justicia Juvenil (Decreto 339/2006 de despliegue de la Ley 10/1997 de 3 de julio de la renta mínima de inserción).

1.4.7. Programas específicos para jóvenes extranjeros no acompañados

1.4.7.1. Proyecto Mundutik-Mundura. Bizkaia

El proyecto Mundutik-Mundura es un programa que desde mediados de 2004 desarrolla la Diputación Foral de Bizkaia en colaboración con otras cinco entidades sociales (Agiantza, Elkarbanatuz, Lagun Artean, Goiztiri y Terciarios Capuchinos). Los destinatarios de este programa son jóvenes inmigrantes de entre 18 y 23 años que, en su calidad de menores no acompañados, hayan permanecido bajo una medida de protección administrativa (guarda o tutela) por parte de los servicios sociales del Departamento de Acción Social. El principal objetivo del programa es prevenir la situación de riesgo de exclusión social a la que podrían verse abocados estos jóvenes en el caso de tener que iniciar una vida autónoma sin haber terminado el proceso formativo y de inserción sociolaboral iniciado durante su minoría de edad.

Este proyecto se organiza como un conjunto de medidas de carácter transitorio aplicables en función de las distintas necesidades de cada joven. Dichas acciones pueden ser de tres tipos, de apoyo personal, residencial y de inserción laboral. Por su parte, las fases de intervención de las que consta el programa son cuatro. La primera de ellas, la fase de derivación y valoración, se inicia mediante una derivación por parte del Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social al Servicio de Lucha contra la Exclusión del mismo Departamento. En este servicio, se procede al estudio de la documentación aportada y a la realización de entrevistas con el candidato y con el personal responsable del centro en el que se encuentra. Como resultado de esta intervención se emite un informe final en el que se recoge la valoración global del caso. Con él, el Servicio de Lucha contra la Exclusión determina el recurso residencial en el que se autoriza la estancia del joven.

A esta primera fase le siguen dos fases inmediatas que consisten en la evaluación de necesidades, la elaboración de un plan de intervención individual y en el propio desarrollo de ese plan. La última fase de este programa es la de autonomía y comienza cuando el joven, finalizada su capacitación y en disposición de unos ingresos mínimos, se encuentra en situación de poder ejercer una cierta autonomía. En esta fase, las actividades a desarrollar son tres: a) preparación para la vida autónoma, en la que se intensifica la motivación para la salida del proyecto; b) apoyo e intermediación en la búsqueda de vivienda; y c) activación de ayudas sociales y asesoramiento sobre sistemas de ahorro y de provisiones para contingencias. Entre los recursos con los que cuenta el proyecto Mundutik-Mundura se encuentran una serie de servicios residenciales dedicados en exclusiva al programa. Se trata de dos viviendas tuteladas de alta intensidad de

apoyo (13 plazas), cinco viviendas tuteladas de media intensidad (20 plazas) y dos redes de viviendas de baja intensidad de apoyo con capacidad para atender a 42 personas.

Entre los años 2005 y 2006, han participado en este proyecto un total de 227 jóvenes y, por lo que al cumplimiento de objetivos se refiere, de los 176 casos dados de baja en ambos años, en 110 ocasiones de cumplieron, total o parcialmente, los objetivos propuestos en el plan individual de atención.

1.4.8. Otros programas y medidas

1.4.8.1. La ampliación de las ayudas sociales hasta los 21 años. Francia

Con la aprobación de la Ley de 5 de Marzo de reforma de protección a la infancia, Francia introdujo en 2007 algunas modificaciones en su Código de Acción Social que en la práctica han supuesto una ampliación del límite de edad, hasta los 21 años, a la hora de acceder a determinadas medidas destinadas a menores protegidos. Como consecuencia de esta modificación legal, actualmente toda persona mayor de edad o menor emancipada menor de 21 años puede recurrir a al servicio de la Ayuda Social a la Infancia o, bien, solicitar una medida de protección judicial que le permita continuar con la intervención socioeducativa y de acompañamiento iniciada durante la minoría de edad. Estas ayudas están especialmente dirigidas a jóvenes que se encuentran en una situación de riesgo de exclusión social, bien por falta de recursos, ausencia de apoyos familiares o apoyos poco adecuados, y también para aquellos que no han finalizado o necesitan consolidar la formación que iniciaron de menores.

Las medidas de acompañamiento previstas para estos jóvenes tienen un carácter global. En todos los casos se contempla la intervención socioeducativa multidisciplinar (atención sanitaria, acompañamiento personal, apoyo psicológico, etc.) y, eventualmente, también se pueden percibir ayudas de tipo material o económico (ayudas de alojamiento, manutención, financiación de los estudios). La percepción de estas ayudas implica por parte del joven que se acoga a ellas la firma de una especie de contrato de inserción, con una duración máxima de un año y renovable hasta los 21.

1.4.8.2. Servicio de microcréditos. Federación de Entidades con Proyectos y Pisos Asistidos (FEPA)

La Federación de Entidades con Proyectos y Pisos Asistidos (FEPA) es una entidad de ámbito estatal que aglutina diferentes proyectos en materia de atención a jóvenes extutelados. Entre los diferentes servicios que ofrece a los y las jóvenes tutelados y ex tutelados de las entidades federadas, esta entidad incluye un Programa de microcréditos dirigido a aquellos jóvenes que necesitan cubrir gastos de forma inmediata y no disponen de los recursos suficientes. Estos microcréditos generalmente se conceden para hacer frente a gastos relacionados con la vivienda pero también en concepto de formación o salud. Para la obtención de un microcrédito se han de cumplir una serie de requisitos y contar con un informe positivo de las Comisiones Educativa y Económica de la entidad. En 2006, la FEPA gestionó un total de 15 microcréditos (9 a chicos y 6 a chicas), la mayoría de ellos relacionados con la vivienda (7) y la formación (7). De los 15 microcréditos concedidos, sólo uno no fue devuelto.

1.4.8.3. Estadísticas de Menores Protegidos y Jóvenes que Abandonan el Sistema. Inglaterra

Desde el año 2003, el Gobierno inglés incluye dentro de la Estadística de Menores Protegidos en Inglaterra información adicional sobre la situación de los menores que abandonan el sistema de protección. Realizada con una periodicidad anual, esta estadística contiene completa información sobre el número y características de los menores acogidos, los que causan baja en el acogimiento y los que tienen 19 años en el año de referencia de la estadística y permanecían acogidos a los 16. Esta información se completa además con datos sobre el número y características de los menores adoptados y sus familias y sobre las menores protegidas que son madres. En la tabla anexa se resumen algunos de los principales datos que contiene la estadística en relación a los y las jóvenes que abandonan la protección. De su análisis se puede extraer que entre 2003 y 2007 se ha producido una mejora significativa en las condiciones de estos jóvenes. Casi el 32% de quienes permanecían protegidos a los 16 años y en el momento actual tienen 19, están estudiando, el 31% trabaja o se está formando y el 43% vive de forma autónoma.

Tabla 4. Evolución de la situación de los/as jóvenes que tenían 19 años en el año de referencia y permanecían protegidos tres años antes. Inglaterra, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Sexo					
Hombres	55,1	54,9	55,8	56,6	55,2
Mujeres	44,9	45,1	44,2	43,4	44,8
Actividad					
Realiza estudios superiores	5,7	5,1	6,0	6,4	6,0
Realiza otros estudios	14,9	18,4	18,7	22,6	25,9
En formación o con empleo	28,6	31,4	34,6	34,0	31,0
En ninguna de las situaciones anteriores por enfermedad o discapacidad	5,7	5,9	5,0	4,5	5,0
En ninguna de las situaciones anteriores por otros motivos	26,5	23,5	25,0	24,5	24,1
Se desconoce	19,8	14,7	10,8	7,2	7,8
Alojamiento					
Vive con sus padres o parientes	11,0	11,2	13,3	13,2	12,4
Vida independiente	36,7	41,2	42,3	43,4	43,1
En una vivienda semi-independiente	6,5	7,6	8,1	7,9	9,3
En una vivienda comunitaria	4,1	4,5	4,4	4,9	4,3
En un alojamiento con apoyo	6,7	6,9	6,9	7,7	7,8
En un hostel o albergue convencional	6,5	5,9	4,6	5,5	5,3
En un albergue con servicios integrados	1,4	1,2	1,5	1,7	1,0
En un alojamiento de emergencia	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
Bajo custodia	2,4	2,4	2,9	3,2	3,1
En otro tipo de alojamiento	4,5	4,7	4,6	5,1	4,7
Se desconoce	19,8	14,7	10,8	7,2	7,8
Total	4.900	5.100	5.200	5.300	5.800

Fuente: Department for Children, Schools and Families (DCSF). Children looked after in England (including adoption and care leavers) year ending 31 March 2007.

1.4.8.4. Observatorio de Inserción Sociolaboral de Menores y Jóvenes de los Sistemas de Protección y Reeduación de Menores. Comunidad Valenciana

En Observatorio de Inserción Sociolaboral fue creado en 2005 por el Gobierno Valenciano como un órgano colegiado de carácter consultivo e interinstitucional destinado al estudio, impulso y evaluación de medidas de inserción laboral e integración social orientadas al desarrollo de la autonomía personal y a la adquisición de las habilidades necesarias para la incorporación al mundo laboral de los menores que estén o hayan estado vinculados a los sistemas de protección y de reforma de menores.

Este órgano, adscrito a la Consejería de Bienestar Social cuenta, según la redacción dada por el Decreto 74/2005, de 8 de abril, con las siguientes funciones:

- Constituir un foro de comunicación e intercambio de experiencias entre organismos públicos y la sociedad, que favorezca y promueva políticas de inserción y de autonomía laboral con menores y jóvenes en riesgo de exclusión social.
- Formular recomendaciones y propuestas tendentes a mejorar las acciones y medidas de inserción laboral e integración social de menores y jóvenes sujetos a los sistemas de protección de menores y de reeducación de menores.
- Realizar estudios e investigaciones que permitan un mejor conocimiento de la situación y condiciones de los jóvenes en edad laboral.
- Asesorar sobre la planificación de las políticas de inserción social y empleo de jóvenes con problemática social de alto riesgo.
- Realizar un seguimiento de los acuerdos y decisiones que se adopten.
- Cualquier otra función de apoyo y asesoramiento vinculada a la recogida, análisis e impulso de programas de inserción y autonomía de jóvenes.

1.5. Valoración

A pesar de que los adolescentes y jóvenes en situación de desprotección próximos a alcanzar la mayoría de edad comienzan a ser un colectivo objeto de una creciente atención por parte de las administraciones, aún resultan evidentes no pocas carencias en cuanto a la ayuda y atención que reciben durante su fase de transición a la vida independiente. Así, por ejemplo, en países como el Reino Unido, donde el desarrollo de los recursos para jóvenes que abandonan la protección viene de lejos, los expertos aún señalan la persistencia de importantes retos relacionados con la necesidad de procurar a los menores que permanecen protegidos una mayor estabilidad, mejorar sus apoyos educativos y formativos y proporcionar, a quienes abandonan el sistema de protección, recursos más estables y permanentes. En definitiva, sugieren, se trata de procurar a todos ellos la oportunidad de procesos de transición más graduales y, en la medida de lo posible, semejantes a los que experimentan el resto de jóvenes en su tránsito a la vida adulta⁷.

En otro ámbito, las evaluaciones realizadas en los Estados Unidos sobre programas de transición hacia la vida independiente identifican también importantes lagunas. Así, pocos programas proveen de aprendizajes efectivamente prácticos y válidos para la vida cotidiana adulta; también se echa de menos una conexión más fluida entre estos programas y el mundo laboral.

⁷ Dixon, J. y Stein, M. (2005): *Leaving Care. Throughcare and Aftercare in Scotland*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Sin duda, muchos de estos programas ayudan a los jóvenes a desarrollar habilidades sociales, pero están basados en las actividades escolares desconectadas del mundo cotidiano. Las investigaciones realizadas ponen también de manifiesto que existe poca variabilidad en los programas y poca adaptación a las necesidades diversas de los jóvenes⁸.

En el caso concreto de la CAPV, puede deducirse que si bien nuestros sistemas de protección a la infancia han experimentado un desarrollo estimable, especialmente en las fórmulas de atención (red de hogares o centros de acogida, prestaciones económicas, acogimiento familiar...), este desarrollo ha sido menor en lo tocante a los procesos de emancipación o reintegración social, donde todavía es patente una cierta debilidad de los programas de salida y emancipación, más allá de los pisos de preparación para la emancipación. Con todo, puede apuntarse una tendencia clara en los últimos años que apunta a la ampliación, por parte de las Diputaciones Forales vascas de recursos, fundamentalmente, de carácter económico y formativo, destinados a los procesos de emancipación de aquellos/as jóvenes que una vez cumplidos los 18 años –tal es el caso de Álava⁹ y Gipuzkoa– abandonan el acogimiento, ya sea familiar o residencial, y no retornan a sus familias de origen. Desde un punto de vista específico, también puede destacarse como positiva la experiencia desarrollada en Bizkaia a través del programa de emancipación Mundutik-Mundura, dirigido específicamente a jóvenes extranjeros no acompañados, de entre 18 y 23 años, que han pasado por centros de protección de menores dependientes de la Diputación. Un colectivo, en definitiva, de reciente proliferación en la CAPV que cuenta, como es sabido, con toda una serie de dificultades añadidas –inexistencia de apoyo familiar, situación irregular...– que hacen aún más difícil su autonomía.

Más allá de experiencias concretas como ésta, parece clara una idea. Es la necesidad de extender las medidas de protección social a estos jóvenes vulnerables una vez extinguida, con la mayoría de edad, la protección legal, con el fin de procurar a todos ellos períodos de asistencia e intervenciones más largas, flexibles e individualizadas capaces de proveerles de todos aquellos recursos que les permitan una transición satisfactoria a la vida adulta. Parece en cualquier caso evidente que la transición a la vida adulta de estos jóvenes vulnerables y, a veces, difíciles tiene características diferentes a las del resto de adolescentes y todo ello no hace sino subrayar la necesidad de que las instituciones sigan atendiendo a estos jóvenes, siempre que así lo requieran, más allá de la mayoría de edad legal.

⁸ Collins, M.E. (2001): "Transition to adulthood for vulnerable youths: a review of research and implications for policy", en *Social Service Review*, vol. 75, nº 2, páginas 271-291.

⁹ En Álava, la Diputación Foral desarrolla un programa de seguimiento y preparación para la vida autónoma tras el acogimiento, sea éste residencial o familiar. El programa consiste en la capacitación de jóvenes en la adquisición de competencias para enfrentarse a la emancipación con un margen de autonomía aceptable. En 2006 fueron atendidos por este programa 35 jóvenes, prescindiéndose un total de 900 horas de atención al año.

La ampliación de la atención, no obstante, debe establecerse limitando el acompañamiento y acceso a los recursos de emancipación hasta una cierta edad, que pueden ser los 21 años, por ejemplo, como sucede en otros países (Reino Unido, Francia...). Dentro de una perspectiva que considera la desvinculación como un proceso gradual, a partir de los 18 años habrá que valorar y decidir, en cada caso, qué debe mantenerse y qué no, y establecer los recursos para poder llevarlo a cabo. Un proceso obligado y precipitado a los 18 años conduce antes al fracaso más que a la autonomía.

También cabe hacer referencia, a la hora de valorar estos programas e iniciativas, a la diversidad de enfoques y propuestas planteadas. En algunas, como los programas de acogimiento familiar de jóvenes mayores, los de tutoría o patrocinio, subyace una clara voluntad de apostar por modelos comunitarios que permitan atender a estos jóvenes desde estructuras cuasi-voluntarias. Se han señalado también medidas que se basan en cambios legales (como la ampliación del acceso a determinadas ayudas hasta los 21 años), en la creación de sistemas integrales de planificación (como los planes de mayoría de edad de Andalucía y Cataluña), programas de inserción laboral, de alojamiento, etc. Es precisamente esta diversidad de enfoques y de medidas la que puede permitir la necesaria adaptación a un colectivo que presenta, igualmente, una gran diversidad en lo que se refiere a sus necesidades.

1.6. Bibliografía

Ararteko. *Situación de los menores extranjeros no acompañados en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz, Ararteko, 2005.

http://www.ararteko.com/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_10_3.pdf

Ararteko. *Atención a la infancia y adolescencia en situación de desprotección*. Vitoria-Gasteiz, Ararteko, 1997.

http://www.ararteko.com/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_21_3.pdf

Associació Punt de Referència. *Programa Acull*. Barcelona, Associació Punt de Referència, 2007.

http://www.proyectostransito.org/docs/148_programa_acull.pdf

Bach, J. Plan interdepartamental para mayores de 18 años que han sido tutelados por la Dirección General D'atenció a la Infancia de la Generalitat de Catalunya, *La Cristallera*, nº 7, 1997, pp. 51-54.

Bravo, A. y Fernández del Valle, J. Evaluación de objetivos en programas de acogimiento residencial. En: *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*, 1999, pp. 381-392.

<http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp27.pdf>

Centrepoint. *Care leaving strategies. A good practice handbook*. Local Government and the Regions, 2002.

<http://www.everychildmatters.gov.uk/files/2275052C18A9DB9894C6477F19E44859.pdf>

Clayden, J. y Stein, M. *Mentoring Young People Leaving Care. Someone for Me*. Bristol, The Joseph Rowntree Foundation, 2005.

<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859354025.pdf>

Collins, M.E. Transition to adulthood for vulnerable youths: a review of research and implications for policy, *Social Service Review*, vol. 75, nº 2, 2001, pp. 271-291.

Daining, C. y Depanfilis, D. Resilience of Youth in Transition from out of Home Care to Adulthood, *Children and Youth Services Review*, vol. 29, nº 9, 2007, pp. 1085-1101.

Departamento de Acción Social. *Mundutik-Mundura: Una experiencia de intervención para la emancipación de jóvenes inmigrantes en riesgo o situación de exclusión social*. Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia, 2007.

<http://www.bizkaia.net/Home2/Archivos/DPTO3/Temas/Adjuntos/C3-%20Mundutik%20Mundura.%20emancipaci%C3%B3n%20de%20jovenes%20inmigrantes.pdf>

Dirección General de Infancia y Familia. *Bases del Plan de Mayoría de Edad*. Sevilla, Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, 2008.

<http://www.proyectojuvenalis.org/docs/mas18.pdf>

Dirección General de las Familias y la Infancia. *Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Año 2005*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

<http://www.mtas.es/SGAS/FamiliaInfanc/infancia/DatosEstadis/boletin.pdf>

Dixon, J. y Stein, M. *Leaving Care. Throughcare and Aftercare in Scotland*. Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2005.

Federación de Entidades con Proyectos y Pisos Asistidos. *Memoria Anual FEPA 2006*. Barcelona, FEPA, 2007.

<http://www.fepa18.org>

Geenen, S. y Powers, L.E. Tomorrow is another Problem. The experiences of Youth in Foster Care during Transition into Adulthood, *Children and Youth Services Review*, vol. 29, nº 8, 2007, pp. 1158-1178.

Ingles, A. y otros. *Aprendiendo a volar. Estudio para el análisis de los programas europeos Mentro15 y Ulises dedicados al proceso de socialización de adolescentes y jóvenes tutelados que han alcanzado la mayoría de edad o están cerca de ella*. Murcia, Fundación Diagrama, 2004.

Observatorio Vasco de la Juventud. *Indicadores de Juventud 2007*. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2007.

http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-7657/es/contenidos/informacion/9265/es_5561/adjuntos/indicadores_juventud/CASTELLANO.pdf

López, L. y Martínez, R. *El presente: una apuesta de futuro. Buenas prácticas en la atención a jóvenes en proceso de inserción sociolaboral y autonomía. Experiencias concretas desde los proyectos Mentro15 y Ulises*. Murcia, Fundación Diagrama, 2006.

Melendro, M. *Estrategias educativas con adolescentes y jóvenes en dificultad social. El tránsito a la vida adulta en una sociedad sostenible*. Madrid, UNED, 2007.

Mendes, P. y Mosleuhuddin, B. Graduating from the child welfare system: a comparison of the UK and Australian leaving care debates, *International Journal of Social Welfare*, vol. 13, nº 4, 2004, páginas 332-339.

Ministère de la Santé et des Solidarités. *L'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé*. Serie: Guide Pratique. Protection de l'Enfance. Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007.

Observatorio Vasco de la Juventud. *Indicadores de Juventud 2007*. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2007.

http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-7657/es/contenidos/informacion/9265/es_5561/adjuntos/indicadores_juventud/CASTELLANO.pdf

Panchon, C. (dir.). *Situación de menores de 16 a 18 años en Centros de Protección. Resumen*. Barcelona, Dulac, 2001.

<http://www.dulac.org/PDFs/resinvmenores.pdf>

Propp, J. et al. Independence or Interdependence: Rethinking the Transition from "Ward of the Court" to Adulthood, *Families in Society*, vol. 84, nº2, 2003, pp. 259-266.

Rodríguez, R. La integración social y laboral de jóvenes que han estado tutelados y tuteladas por la Junta de Andalucía y han cumplido la mayoría de edad, *Revista de Estudios de Juventud*, nº 74, 2006, páginas 251-277.

<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1775676923>

Sindic de Greuges. *La situación de los menores inmigrantes solos. Informe y Recomendaciones*. Barcelona, Sindic de Greuges, 2006.

Stein, M. Research Review: Young people leaving care, *Child and Family Social Work*, vol. 11, nº 3, 2006, páginas 273-279.

1.7. Páginas Web

Proyecto transnacional Mentor 15

<http://www.mentor15.org/>

Proyecto Ulises

<http://www.projectoulises.net/>

Proyecto Tránsito

<http://www.projectotransito.org>

Federación de Entidades con Proyectos y Pisos Asistidos

<http://www.fepa18.org/>

Asociación catalana Punt de Referència

<http://www.puntdereferencia.org/>

Fundación Diagrama

<http://www.fundaciondiagrama.es/>

The Scottish Throughcare & Aftercare Forum

<http://www.scottishthroughcare.org.uk>

Prince's Trust (Reino Unido)

<http://www.princes-trust.org.uk/>

Care Leavers' Association (Reino Unido)

<http://www.careleavers.com/>

Every Child Matters (Reino Unido)

<http://www.everychildmatters.gov.uk/socialcare/childrenincare/leavingcare/>

2. CUIDADORES CON NECESIDADES ESPECIALES

2.1. Introducción

Según la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el Eustat en 2004, el número total de personas con algún tipo de discapacidad y grado de dependencia en la CAPV ascendía a 147.761 personas (SIIS, 2007). En Gipuzkoa el número de personas en esta situación se elevaría a 48.250 personas. No obstante, no todas las personas que presentan algún tipo de discapacidad requieren o reciben algún tipo de ayuda, ya sea de tipo técnico o personal. El nivel de gravedad de dichas limitaciones determinan la capacidad o incapacidad para realizar tareas cotidianas de la vida diaria, lo que a su vez, va delimitando la necesidad (el tipo y el grado de requerimientos) de ayuda que precisan dichas personas. En 2004, del número total de personas que padecían algún grado de dependencia, ligera, moderada, severa o total, alrededor del 64%, tanto en el caso de la CAPV como en el de Gipuzkoa, requerían algún tipo de cuidado (SIIS, 2007). En el caso de la CAPV la cifra ascendería a cerca de 95 mil personas y en el de Gipuzkoa 30 mil. La dinámica demográfica sugiere que en los próximos años el número absoluto de personas en situación de dependencia podría aumentar, por lo que cabría esperar, del mismo modo, que la demanda de cuidados también siga creciendo.

Las personas que requieren de atención, sus circunstancias y necesidades pueden variar de forma considerable, al igual que el perfil y las características de las personas que se responsabilizan de proporcionar el cuidado requerido. En nuestra sociedad, la familia es la institución que

se encarga, en primera instancia, de realizar dicha labor. Las personas que ejercer el rol de cuidador son, generalmente, mujeres en edades maduras que, ante la aparición de problemas de salud o patologías que reviertan en la capacidad funcional de sus familiares, se responsabilizan de la atención y asistencia de dichas personas, a veces con el apoyo de los servicios formales, públicos o privados, y a veces sin él.

Aunque el perfil más habitual del cuidador se ajusta al señalado, existen grupos de cuidadores informales con características y circunstancias muy diferentes a las de las mujeres adultas. Es el caso de los cuidadores jóvenes –aunque en términos absolutos no resulte un colectivo importante– o el de personas mayores, que en muchos casos superan los 70 años, y tienen a su cargo el cuidado de otras personas, generalmente hijos que han padecido discapacidades cognitivas a lo largo de su vida, o sus propios cónyuges en edades avanzadas que comienzan a presentar limitaciones o problemas de salud.

En este sentido, Reino Unido y Australia parecen ser los países que ha desarrollado en mayor medida planes y acciones para identificar y apoyar a cuidadores en circunstancias y necesidades especiales. En Australia, a través de proyectos como “*Ageing Carers of People with a Disability Project*” en 2005 o el reciente “*NSW Carers Action Plan 2007-2012*” (2007), el Gobierno australiano ha reconocido públicamente a diferentes colectivos con necesidades particulares, tales como los menores de edad (en Australia se tiene en cuenta a los menores de 25 años), los mayores de 65 años, o aquellos que son cultural o lingüísticamente distintos la población mayoritaria.

Este último grupo de población tiene una presencia significativa en países donde, como en Estados Unidos o Australia, existe un grupo de población indígena oriunda del país con características sociales, económicas y culturales diferentes, o bien como en el Reino Unido, que debido a la inmigración, la presencia de diferentes grupos étnicos resulta importante. En nuestro contexto, sin embargo, la presencia de este colectivo no resulta en líneas generales significativa. La inmigración de población extranjera proveniente de países cultural y lingüísticamente diferentes, es relativamente reciente, cuyos protagonistas, son principalmente jóvenes adultos que llevan a cabo su estrategia migratoria sin sus progenitores, principales demandantes de cuidados. Aunque en un futuro habrá que tener en cuenta la situación de la comunidad extranjera y sus circunstancias (si constituyen un grupo étnico con diferencias significativas respecto al resto de la población, la tipología familiar, etc.), actualmente, no cabe considerar a la pobla-

ción extranjera de la CAPV como colectivo de cuidadores con necesidades específicas debidas a su condición étnica.

En algunos países, como Estados Unidos, los cuidadores que residen en áreas rurales también son tenidos en cuenta de forma particular, no tanto por las características personales de los propios cuidadores o personas a las que atienden, sino por las circunstancias que determinan su acceso a los recursos disponibles para los cuidadores.

La sobrecarga y situación extrema en la que se encuentran los cuidadores que tienen la responsabilidad de atender a familiares con discapacidades de una gravedad especial, tales como el Alzheimer, o a enfermos en fase terminal, son reconocidas por organismos, administraciones y asociaciones que trabajan en el apoyo a estos cuidadores, aunque no existen servicios específicos desarrollados para su apoyo. Junto a estos, también se citan como cuidadores merecedores de una atención especial los que se ven obligados a atender a más de una personas dependiente: en estos casos, puede tratarse de la atención a dos personas mayores con dependencia, o la necesidad de atender al mismo tiempo, por ejemplo, a los nietos y a los padres dependientes.

En resumen, los países que han considerado como colectivo específico a cuidadores con necesidades especiales coinciden en identificar como población diana a los menores de edad que se ven obligados a ejercer de cuidadores, a las personas mayores, a los cuidadores con riesgo de sobrecarga, y a los cuidadores residentes en zonas rurales y/o pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. De todos ellos, en cualquier caso, los únicos que han recibido una atención que cabe considerar intensa son los cuidadores muy jóvenes y los muy mayores.

2.2. Características básicas de los colectivos diana

2.2.1. Cuidadores mayores: padres, madres y cónyuges

Los cuidadores mayores son personas que tienen ya cierta edad (generalmente, se considera como tales a los que superan los 65 años) y tienen bajo su responsabilidad el cuidado de otras personas, con algún tipo de discapacidad o dependencia. A menudo se trata de sus hijos o hijas con discapacidad, y de quienes se han venido ocupando con anterioridad, o de sus propios cónyuges, también personas en edades avanzadas, una vez estas se ven afectadas por situaciones de dependencia. En el primero de los casos, las consecuencias del aumento de la esperanza de vida sobre la capacidad de la red informal (compuesta, principalmente, por los progenito-

res), convierte a este grupo de cuidadores en un colectivo que en términos cuantitativos está aumentando considerablemente en los últimos años y para los que no existe un conjunto servicios y prestaciones específicas, a excepción de las medidas adoptadas en los casos más extremos y en situaciones de crisis.

El número de cuidadores mayores de 65 años en nuestro entorno es relativamente elevado. En España, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) llevada a cabo por el INE en 1999, el porcentaje de los cuidadores que superaban esta franja de edad era, sobre el total de cuidadores principales, del 33,2% y dos de cada diez superaba los 70 años. En la CAPV, la proporción para ese mismo año era similar: un 33,7% de cuidadores principales superaban los 65 años y el 21,6% los 70. Datos más actuales, recogidos a través de la EDSS del Gobierno Vasco, indican que el 30,2% de los cuidadores vascos superan los 65 años de edad y el 13% los 75. De hecho, como se observa en la siguiente tabla, en esos dos grupos el porcentaje de cuidadores es más elevado que en el conjunto de la población. Extrapolados a la realidad guipuzcoana, estos datos se traducen en unos seis mil cuidadores informales mayores de 65 años.

Cabe pensar por lo tanto, a la luz de estos datos, que casi un tercio de los cuidadores guipuzcoanos son personas que cuentan ya con una elevada edad, lo que equivaldría a alrededor de cuatro mil cuidadores de 65 y más años.

Dejando al margen los datos cuantitativos, desde un punto de vista cualitativo debe hacerse referencia al perfil específico de estas personas y a sus necesidades. En ese sentido, los cuidadores mayores se distinguen en dos grandes grupos: por un lado, los que vienen atendiendo a sus familiares, generalmente hijos/as, desde que estos eran niños o jóvenes. Se trata de personas que van envejeciendo, que ya no pueden asumir las mismas responsabilidades y que necesitan que las tareas de cuidado de sus familiares (que también van envejeciendo, por otra parte) sean asumidas por otras redes. En estos casos puede producirse una situación de desgaste o cansancio, que puede ser detectada por los Servicios Sociales debido a la vinculación de esas familias con los servicios sociales especializados. Por otro lado, los cuidadores de personas con una dependencia sobrevenida, generalmente los cónyuges, para quienes la responsabilidad de la atención formal puede resultar imprevista, y que no tienen experiencia, en general, a la hora de demandar servicios formales a los Servicios Sociales.

En nuestro país, y en la mayoría de los de nuestro entorno, las estrategias puestas en marcha para el apoyo de estos cuidadores son, en general, escasas y tardías. Según los datos propor-

cionados por MENCAP y la encuesta “*Housing Timebomb*”, tan solo la mitad de las administraciones locales del Reino Unido era consciente del número de personas con discapacidad que convive con sus progenitores de más de 70 años. Uno de cada cuatro había planeado para el ejercicio 2002/2003 un alojamiento alternativo para dichas personas, número que ascendía a 227 plazas. Si la ratio de plazas previstas se mantuviera en dicho nivel, dicho estudio estima que en el Reino Unido se requeriría de unos 30 años para que las necesidades reales de estas personas fueran atendidas, lo que implicaría que muchos de los progenitores superaran los 100 años de edad.

En el Reino Unido se ha constatado que la mayoría de las ayudas orientadas a estos cuidadores, además, tan solo llegan en situaciones de crisis, cuando la salud del cuidador se resiente considerablemente y no puede continuar proporcionando apoyo a sus hijos o cuando fallecen. La clave del éxito en los casos en los que el cuidador mayor tiene bajo su responsabilidad el cuidado de un adulto con discapacidad, reside en la prevención y planificación con suficiente antelación (cuando los padres cuentan con alrededor de 50 años), aunque a corto plazo los hijos sigan conviviendo en el hogar familiar. Es importante tener en cuenta las alternativas existentes a la convivencia con los progenitores, tanto en el terreno de la vivienda como en el de la asistencia social. Para ello, las recomendaciones realizadas por expertos británicos, indican que las administraciones locales deberían mantener un control sobre el número cuidadores y personas con discapacidad cognitiva que resida en el área de su competencia, y no depender en estimaciones sobre prevalencias. El registro debería de incluir información sobre:

- progenitores cuidadores de 60-69 años y 70 o más años y sus circunstancias
- el número de hijos que requeriría un cambio de vivienda en los próximos tres o cinco años
- el tipo de ayudas que requerirán en adelante estas personas, así como el coste de un nuevo entorno convivencial.

Las medidas planteadas por el Gobierno australiano también apuntan hacia una planificación futura, aunque inciden en la necesidad de intensificar los servicios de respiro para dichos cuidadores¹⁰.

¹⁰ Seniors Fact sheet 2007-08; 2007 TOCC Report: The hidden FACE of care; Report on the Ageing Carers of People with Disability Project.

2.2.2. Jóvenes cuidadores

Los cuidadores jóvenes son niños/as y jóvenes¹¹ que cuidan de un familiar, habitualmente el padre o la madre, enfermo, con discapacidad, en situación de dependencia, con trastorno mental, o con problemas de adicción. Las consecuencias de esa temprana asunción de responsabilidades sobre su bienestar psicológico y emocional, sobre sus oportunidades de formación y participación social, y sobre su calidad de vida, justifican la atención prestada a este colectivo, a pesar de que, en términos cuantitativos, pueda hablarse de un grupo de reducidas dimensiones.

De acuerdo a los resultados obtenidos por la EDDDES, en 1999 algo más de 46 mil jóvenes menores de 25 años ejercen de cuidadores de personas que padecen algún tipo de discapacidad o limitación, el 4,4% del total de cuidadores. Para la CAPV, dicha encuesta arrojaba una cifra de 1.217 jóvenes menores de edad (el 3,3% respecto al total de cuidadores principales y el 0,27% respecto al total de población menor de 25 años), cifra más que considerable para tener en cuenta a este grupo de población. Según la EDSS, con datos más recientes, casi cinco mil personas de entre 15 y 24 años asumen responsabilidades de atención informal, lo que supone el 6% de los cuidadores y representa una tasa del 2,21%. Extrapolados estos datos a la realidad guipuzcoana, tendríamos que entre 1.000 y 1.500 jóvenes estarían asumiendo en la CAPV, en la actualidad, labores de atención informal a personas dependientes.

El Reino Unido es sin duda el país en el que más a fondo se ha abordado esta cuestión. Se estima que en ese país entre 50.000 y 175.000 menores de edad (entre el 0,35% y el 1,25% de la población menor de 18 años) realizan este tipo de tareas, generalmente con poco o ningún apoyo de los Servicios Sociales. Según los datos de una de las encuestas más amplias realizadas al respecto en el Reino Unido, en base a cerca de 7.000 de estos jóvenes identificados por los servicios de atención a la infancia y la adolescencia, estos jóvenes, chicas sobre todo (56% frente a un 44% de chicos), atienden principalmente a personas con alguna discapacidad física (la mitad), alguna enfermedad mental (el 29%) o deficiencias psíquicas (el 17%). Principalmente se hacen cargo del cuidado de sus madres (el 52%), sus padres (el 14%) o sus hermanos (el 31%), realizando tareas domésticas, cuidados sanitarios y apoyo emocional¹².

¹¹ En general se considera como tales a los menores de edad, aunque en Australia, país en el que los programas y las asociaciones orientadas al apoyo de los jóvenes cuidadores son, cuantitativa y cualitativamente significativos, se considera que los cuidadores menores de 25 años entran dentro de este colectivo.

¹² *Young carers in the UK. The 2004 report*, C. Dearden y S. Becker. Carers UK, 2004.

Según la Agencia australiana de Estadística, el número estimado de menores que ejerce las labores propias de un cuidador en dicho país es de alrededor de 181.000 menores, en torno al 3,3% de los menores de 18 años, porcentaje superior al del Reino Unido y el de España o la propia CAPV. No obstante, las estrategias específicas para dar respuesta a las necesidades de los jóvenes cuidadores están menos desarrolladas que en el Reino Unido¹³.

2.2.3. Otros

Es difícil, dada su indefinición, establecer el número y las características del resto de los grupos de cuidadores con necesidades especiales. En lo que se refiere a los cuidadores sobrecargados, si cabe en cualquier caso apuntar dos datos, relativos al conjunto de la CAPV:

- casi el 4% de los más de 80.000 cuidadores informales vascos atienden a dos o más personas con una dependencia al menos moderada;
- el 68% de estos, y el 22% de todos los cuidadores, han tenido que renunciar por completo a sus actividades sociales y laborales habituales para hacerse cargo de sus responsabilidades de cuidado;
- el 17% de todos los cuidadores experimentan tensiones familiares importantes como consecuencia de las responsabilidades que han asumido;

2.3. Recursos sociales

A pesar de las características específicas de los colectivos identificados con necesidades especiales, los recursos existentes para estos cuidadores se limitan en general a los existentes para el conjunto de las personas que ejercen dicho rol. En algunos países, como Reino Unido, Australia o Estados Unidos, existen programas específicos que indican la necesidad de prestar especial atención a estos grupos, pero la cartera de servicios existente no va más allá de la que está a disposición de cualquier ciudadano que ejerza de cuidador principal.

Los recursos de apoyo a los cuidadores pueden agruparse en tres tipos. Por un lado, las ayudas económicas orientadas a los propios cuidadores. Por otro, los servicios destinados a la atención de las personas afectadas por una limitación funcional, pero que repercuten sobre la si-

¹³ Moore, t.; Morrow, R. (2007): *Supporting young carers in Western Australia*. Carers WA.

tuación de los propios cuidadores aliviando su sobrecarga. Este tipo de recursos incluye el servicio de asistencia domiciliaria, los centros de día y los diferentes servicios de estancias temporales que permiten un tiempo de respiro al cuidador. Por último, existen recursos orientados específicamente a la atención del propio cuidador, como los servicios de información, asesoramiento, los grupos de ayuda, los programas educativos o las intervenciones psicoterapéuticas.

A continuación se enumeran y describen los recursos más destacados de los que pueden hacer uso estos colectivos:

2.3.1. Ayudas económicas

Muchos países han introducido ayudas económicas para apoyar a la familia y a los cuidadores informales. Estas ayudas pueden ser proporcionadas tanto a las personas que se encuentran en situación de dependencia como a los cuidadores de dichas personas. Muestra de ello son los seguros desarrollados en el Reino Unido (*Carer's Allowance*) y en Irlanda (*Carer's Charter*), que marcan un intento por reconocer públicamente el trabajo y los derechos de los cuidadores informales. La prestación por cuidados informales o *Carer's Allowance* británica constituye una prestación para ayuda a alguien que cuida –al menos durante 35 horas por semana– de una persona con una discapacidad reconocida (y recibe algún tipo de prestación por discapacidad). Dicho cuidador no tiene por qué ser pariente o familiar de la persona afectada. Los cuidadores del Reino Unido también pueden acceder a otro tipo de prestación económica, los Pagos Directos o *Direct Payments* destinados al cuidador. La competencia de este tipo de prestación es local y para poder percibir una ayuda de este tipo, debe realizarse una evaluación que estime el grado de necesidad de los potenciales beneficiarios.

Las prestaciones económicas destinadas al cuidador están totalmente disponibles en Bulgaria, Alemania, Italia, Luxemburgo y Suecia y parcialmente en Austria, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Holanda, Noruega y Portugal. En España, hasta la aprobación de la Ley 39/2006 de Dependencia, este tipo de prestaciones no estaba establecido por Ley. Dicha Ley, a través del artículo 18 establece, tan solo de forma excepcional, prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, que reconoce una prestación económica para los cuidadores familiares. El beneficiario de la ayuda será la persona en situación de dependencia, que “excepcionalmente, [podrá] recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales”. La cuantía de dicha prestación varía ac-

tualmente, dependiendo del nivel de gravedad de la dependencia, entre 328,36 y 506,96 euros mensuales. A día 3 de abril de 2008, el número de convenios especiales de cuidadores no profesionales realizados ascendía en España a 5.977, a 528 en la CAPV y 131 a Gipuzkoa.

Tabla 5. Disponibilidad y obligatoriedad de sistemas de ayudas económicas a los cuidadores en diferentes países europeos

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD			
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública
Bélgica Suiza Malta Polonia Eslovenia	Austria Dinamarca España Finlandia Francia Irlanda Holanda Noruega Portugal	Bulgaria Alemania Italia Luxemburgo Suecia	Bulgaria Rep. Checa Alemania Dinamarca Finlandia Irlanda Italia Luxemburgo Holanda España (a partir de la Ley 3972006)	Austria	Irlanda	Austria

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

2.3.2. Servicio de Asistencia a Domicilio

Algunas medidas orientadas al cuidado de las propias personas en situación de dependencia, pueden constituir por sí mismas, medidas de apoyo a los cuidadores informales. Es el caso del servicio de asistencia a domicilio, el SAD, que a través de profesionales que acuden a los hogares, generalmente, un número limitado de horas semanales, para atender y realizar diversas tareas relacionadas con el cuidado de las personas afectadas o las tareas del hogar, consiguen aliviar la sobrecarga que puede producir sobre los cuidadores informales el cuidado de dichas personas.

En el caso de los cuidadores con necesidades especiales, dicha ayuda puede resultar todavía de mayor importancia, como es el caso de los menores que ejercen de cuidadores. En su caso la liberación de tareas propias de un adulto, y como consecuencia, un mayor tiempo disponible para sí mismos, puede resultar vital para su desarrollo, sus relaciones sociales o rendimiento escolar. En otros casos, como el de los cuidadores en edades avanzadas, este tipo de ayuda también puede ser de gran importancia, aunque en algunos casos, cuando los propios mayores

presentan problemas de salud y discapacidades de cierta gravedad, esta ayuda puntual y limitada puede resultar insuficiente.

El SAD es el tipo de servicio más utilizado, tanto en la CAPV como en el resto de contextos socioculturales de nuestro alrededor. En 2005, un 4,6% de los mayores de 65 años de la CAPV, 17.964 personas, hacían uso de este servicio. El número de guipuzcoanos usuarios del SAD ese mismo año ascendía a 4.814 personas, lo que suponía una proporción similar a la del conjunto vasco e idéntica a la del español. Estas cifras, sin embargo, distan mucho de las de otros países, que como en Islandia, Dinamarca, Holanda o Reino Unido, superan el 20% de cobertura. En cuanto a la intensidad del servicio prestado (el número de horas mensuales recibido por cada usuario), cabe señalar el escaso tiempo destinado a la atención. En 2005, en la CAPV, cada usuario percibía de media, 16,7 horas de atención domiciliaria al mes, lo que equivale, alrededor de media hora de atención diaria o alrededor de 4 horas semanales (Sexto Informe del Consejo Vasco de Bienestar Social). La situación del SAD en la CAPV en 2006, sin embargo, parece haber mejorado levemente. Su cobertura ha ascendido al 5,4% y el número de horas mensuales por usuario ha pasado a 19,3, lo que equivale un servicio de alrededor de 4,5 horas semanales. El SAD en Gipuzkoa en 2006, según el Informe 2006 de las Personas Mayores en España era de 21 horas mensuales lo que equivale prácticamente a 5 horas semanales de cuidado.

Tabla 6. Cobertura del Servicio de Asistencia Domiciliaria diferentes países europeos

País	Cobertura SAD (%)
Dinamarca	21,7
Islandia	21,0
Holanda	20,0
Reino Unido	20,3
Noruega	18,0
Francia	12,5
Finlandia	10,2
Suecia	8,9
Bélgica	6,0
Alemania	6,5
Irlanda	5,0
CAPV	4,6
España	4,0

Fuente: Consejo Vasco de Bienestar Social (en prensa): VI Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en la CAPV. Años 2004 y 2005. Donostia-San Sebastián: SIIS.

2.3.3. Los centros de día

Los centros de día son, después de la asistencia a domicilio, los recursos formales más extendidos que proporcionan de forma indirecta un mayor apoyo a los cuidadores informales. Las estancias diurnas se realizan generalmente durante los días de labor, aunque han comenzado a extenderse a los fines de semana. Este tipo de centros, que proporcionan una atención integral durante el periodo diurno a las personas usuarias, tienen como objetivo mantener o mejorar el nivel de autonomía personal de los usuarios, manteniéndolos en su entorno habitual, y apoyar a las personas que se responsabilizan de su cuidado. El acceso a este tipo de centros, sin embargo, resulta todavía escaso e insuficiente. En 2005, el número total de plazas disponibles en Gipuzkoa ascendía a 1.130 plazas distribuidas en 51 centros, lo que equivale a una cobertura de 9,1 usuarios por cada mil mayores de 65 años.

2.3.4. Los servicios de respiro y las estancias temporales en centros residenciales

Los servicios de respiro que proporcionan estancias temporales a las personas en situación de dependencia, implican la institucionalización temporal de dicha persona en un centro residencial por un periodo de tiempo limitado (fin de semana, vacaciones, varios días, un mes...). Los motivos de dicha institucionalización pueden ser variados: que los cuidadores no puedan seguir atendiendo por enfermedad o accidente, por necesidad de descanso o porque la persona en cuestión requiere de unos cuidados que no pueden ser proporcionados en el hogar.

El desarrollo de este tipo de servicios varía en función del tipo de servicio que se presta (fines de semana o estancias temporales). Las estancias temporales parecen estar más desarrolladas que los servicios de respiro de fines de semana, ya que prácticamente todos los países europeos a los que se hacen referencia en la siguiente tabla, poseen total o parcialmente alguna medida de respiro en forma de estancia temporal en centros residenciales. Por otro lado, aunque no hay un patrón claro que rige el desarrollo por países de este tipo de medida, al igual que en otro tipo de prestaciones destinadas al apoyo de cuidadores, los países nórdicos y Reino Unido son los que parecen haber trabajado con más intensidad en este tipo de servicio, tanto en su disponibilidad como en su obligatoriedad.

Tabla 7. Disponibilidad y obligatoriedad de servicios de respiro y estancias temporales en centros residenciales en diferentes países europeos

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD			
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública
Servicios de respiro de fin de semana						
Austria Bulgaria Rep. Checa Dinamarca Grecia Malta Eslovenia	Suiza Alemania España Finlandia Francia Irlanda Italia Hungria Holanda Noruega Polonia Portugal Suecia Eslovenia Reino Unido	Bélgica Luxemburgo	Alemania Finlandia Luxemburgo Suecia Reino Unido	Bélgica España Italia Holanda Portugal	Bélgica Suiza Alemania España Irlanda Holanda Reino Unido	Hungria Holanda
Servicios de respiro (estancias temporales)						
	Austria Suiza Rep. Checa Alemania Dinamarca España Finlandia Francia Hungria Irlanda Italia Malta Holanda Noruega Polonia Portugal Eslovenia Reino Unido	Bélgica Bulgaria Luxemburgo Suecia	Bulgaria Alemania Dinamarca Finlandia Irlanda Luxemburgo Malta Suecia Reino Unido	Austria Bélgica Italia España Holanda Portugal	Bélgica Suiza Rep. Checa Francia Irlanda Holanda	Austria Francia Hungria Irlanda Malta Holanda Portugal

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

2.3.5. Sistemas de detección y valoración de las necesidades de los cuidadores

Los sistemas de detección y valoración de las necesidades de los cuidadores son procesos sistemáticos de recopilación de datos que a través de una entrevista personal (o en ocasiones, la aplicación de escalas o test) obtienen información sobre la situación del cuidador y se valoran determinados aspectos relacionados con el rol que ejerce, sobre todo los problemas y

las necesidades derivadas del desarrollo de dicha función. Las entrevistas son llevadas a cabo por trabajadores sociales o personas cualificadas con habilidades especiales para ello y generalmente se realiza cuando la persona que requiere cuidados está siendo evaluada. Los aspectos que se valoran son los del propio cuidador, aunque para ello, también se tiene en cuenta la situación y las demandas de la persona que requiere su atención. Los objetivos de estos procesos son tres:

- Identificar la aptitud o capacidad del cuidador para el desarrollo de la tarea del cuidado.
- Establecer y valorar las necesidades que surgen como consecuencia de la responsabilidad que toma y los trabajos que realiza.
- Identificar y determinar los servicios disponibles para el apoyo del cuidador.

De esta forma, cumpliendo los tres objetivos, el proceso de detección y valoración de necesidades del cuidador proporciona un plan de cuidados adecuado para los cuidadores, así como una primera aproximación a los servicios de los que pueden hacer uso los cuidadores.

El Reino Unido es probablemente el país que más ha desarrollado este tipo de procesos. Aquí, todo ciudadano tiene derecho a este tipo de proceso de forma gratuita, y es después, una vez que los asistentes sociales hayan establecido el grado de necesidad y los servicios requeridos para suplir dicha situación, cuando se tiene en cuenta la situación económica de los cuidadores. Este tipo de estrategia de apoyo al cuidador también está disponible en otros países, aunque su intensidad y el carácter del mismo varían sustancialmente.

Tabla 8. Disponibilidad y obligatoriedad de sistemas de evaluación de las necesidades de los cuidadores en diferentes países europeos (procesos de evaluación formales y homologados)

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD			
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública
Austria	Bulgaria	Bélgica	Bulgaria			
Suiza	Rep. Checa	Suiza	Alemania			
Grecia	Alemania	Dinamarca	Dinamarca			
Francia	España	Finlandia	Finlandia	España		
Italia	Irlanda	Hungría	Hungría	Bélgica	España	Hungría
Portugal	Malta	Luxemburgo	Luxemburgo	Irlanda	Irlanda	
Eslovenia	Noruega	Países Bajos	Malta	Polonia		
	Polonia	Suecia	Países Bajos			
		Reino Unido	Noruega			
			Polonia			
			Suecia			
			Reino Unido			

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

2.3.6. Servicios de información, orientación y asesoramiento

Los servicios de información, orientación y asesoramiento incluyen una variedad de contenidos esenciales que todo cuidador debería de conocer para poder gestionar de forma adecuada y de acuerdo a los recursos disponibles el proceso de cuidado en el que se encuentra. Generalmente, este tipo de servicio proporciona información sobre los recursos disponibles, la normativa vigente, los derechos, requisitos y pasos a dar, en general, para poder beneficiarse de ellos.

El Reino Unido, junto con Australia, es el país que más ha desarrollado este tipo de servicio, en diferentes modalidades. Además de proporcionar un servicio directo, cara a cara, prácticamente todos los ayuntamientos del país cuentan con una página Web informativa. Una de las páginas más importantes, la dispuesta por el propio Gobierno (www.direct.gov.uk/en/CaringForSomeone) proporciona la información fundamental para cuidadores, en la que se incluye, entre otros, la cartera de servicios disponibles, enlaces a páginas y recursos locales, etc. Existen también líneas telefónicas que proporcionan este tipo de información a los cuidadores.

En el contexto europeo, la mayoría de los países cuentan con este tipo de servicio. De los 23 países de los que EUROFAMCARE recaba información, tan solo Grecia y Portugal no

disponen de este tipo de recurso. En cuanto a este servicio puede afirmarse que no existe un patrón general que marca la tendencia existente en Europa, ya que la disponibilidad total junto con la obligatoriedad de estos servicios es compartida tanto por países del norte como del este o sur.

Tabla 9. Disponibilidad y obligatoriedad de programas de orientación y asesoramiento a cuidadores en diferentes países europeos

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD				
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública	
Grecia Portugal	Bulgaria	Austria	Bélgica	Austria			
	Rep. Checa	Bélgica	Bulgaria	Bélgica	Austria		
	Alemania	Bulgaria	Suiza	Suiza	Rep. Checa		
	España	Suiza	Rep. Checa	Rep. Checa	Dinamarca	Austria	
	Finlandia	Dinamarca	Alemania	España	España	Bulgaria	
	Francia	Hungría	Dinamarca	Finlandia	Alemania	Francia	
	Irlanda	Italia	Hungría	Francia	Francia	Hungría	
	Italia	Luxemburgo	Luxemburgo	Irlanda	Irlanda	Irlanda	
	Malta	Holanda	Malta	Italia	Italia	Malta	
	Noruega	Suecia	Noruega	Luxemburgo	Malta	Polonia	
	Polonia	Reino Unido	Reino Unido	Malta	Polonia	Reino Unido	
	Eslovenia			Reino Unido	Suecia		
							Eslovenia

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

2.3.7. Programas de formación

Los programas educativos o de formación para cuidadores proporcionan información sobre los aspectos relacionados a la patología de la persona a la que atienden, su evolución, consecuencias y problemas asociados que pueden incidir sobre su cuidado. Generalmente, se incluye información sobre las dificultades más habituales por las que atraviesan los familiares y sobre las posibles soluciones o estrategias y recursos disponibles para hacer frente a dichas situaciones. Su aplicación tiene normalmente un tiempo limitado, entre seis y diez semanas y en la mayoría de casos se lleva a cabo en grupo. Este tipo de programas está muy extendido en asociaciones de familiares, instituciones y fundaciones y permite adquirir, a través de su importante componente formativo, recursos para que los cuidadores cuiden de forma eficaz, además de la persona a la que atienden, de ellos mismos, de su salud física y mental. Su objetivo es que el cuidador se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y pueda desempeñar su papel lo mejor posible, por lo que se imparte información que trata la patología de la persona afectada, los problemas asociados y las estrategias de manejo ayuda a los cuidadores.

En muchas ocasiones, los servicios de formación son gestionados por asociaciones de familiares o incluso por otros cuidadores con mucha experiencia. También es uno de los servicios que más extendido está en los países europeos. En este caso también, tan solo dos países, Bulgaria y Dinamarca, carecen de programas de formación de cuidadores. Por otro lado, son pocos también los que disponen de forma total y obligatoria de este recurso: Austria, Alemania, Luxemburgo y Suecia son los ofrecen de forma general estos programas, mientras que en Alemania Luxemburgo y Reino Unido su oferta es obligatoria.

Tabla 10. Disponibilidad y obligatoriedad de formación práctica para cuidadores en diferentes países europeos

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD			
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública
Bulgaria Dinamarca	Austria Bélgica Suiza Rep. Checa Grecia España Finlandia Francia Hungria Irlanda Italia Malta Holanda Noruega Polonia Portugal Reino Unido	Austria Alemania Luxemburgo Suecia	Alemania Luxemburgo Reino Unido	Alemania España Finlandia Italia Holanda Polonia Suecia	Austria Bélgica Suiza Grecia España Finlandia Francia Irlanda Italia Malta Holanda Portugal Eslovenia Reino Unido	Austria Rep. Checa Francia Hungria Malta Holanda Noruega Polonia Portugal

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

2.3.8. Grupos de ayuda mutua

Los grupos de auto-ayuda o ayuda mutua constituyen reuniones periódicas, dirigidas por un profesional o un cuidador con experiencia, que establecen un espacio de encuentro donde los cuidadores se sienten comprendidos, escuchados y apoyados. Son grupos de iguales, de personas que se hallan en una situación similar que llevan a cabo una serie de encuentros para ayudarse unos a otros, de forma que se establece contacto entre distintos cuidadores, como medio para

conseguir apoyo, consejo, protección y acompañamiento durante el proceso que dura el cuidado. En ocasiones estos grupos son permanentes y temporales, pero generalmente están abiertos a nuevas incorporaciones.

El objetivo de estas reuniones es facilitar el conocimiento de otras personas tienen problemas similares a los suyos, y proporcionar así, apoyo emocional y una oportunidad para intercambiar ideas y estrategias que les ayude hacer frente a las dificultades surgen en este proceso. La oportunidad de conectar con otras personas con problemas, miedos e intereses comunes., permite compartir y aprender estrategias e información. Dichos cuidadores, además, en ocasiones pasan a formar parte de la red social del cuidador y acaban constituyendo una importante fuente de apoyo. Indirectamente también proporcionan un tiempo de respiro (no servicio) para el cuidador, que en el tiempo que pasa en los grupos, no está cuidando al familiar.

Junto con los servicios que proporcionan información, los grupos de auto-ayuda son los más extendidos en todos los países y también son gestionados, generalmente, por asociaciones de familiares de personas con enfermedades o patologías específicas.

Tabla 11. Disponibilidad y obligatoriedad de grupos de ayuda mutua de cuidadores en diferentes países europeos

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD			
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública
Bulgaria Suiza Luxemburgo Malta	Bélgica Rep. Checa Alemania Dinamarca Grecia España Finlandia Francia Hungria Irlanda Italia Noruega Polonia Portugal Eslovenia Reino Unido	Austria Holanda Suecia	Reino Unido	Alemania España Finlandia Italia Holanda Portugal Suecia	Bélgica Rep. Checa Alemania Dinamarca España Finlandia Francia Irlanda Italia Holanda Noruega Polonia Eslovenia Reino Unido	Austria Bélgica Grecia Francia Hungria Irlanda Italia Holanda Noruega Polonia Portugal Eslovenia

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

2.3.9. Intervención psicoterapéutica y counseling

Debido a las repercusiones psicológicas que el cuidado puede tener sobre el cuidador, patologías como la ansiedad, hostilidad, ira o depresión son mucho más frecuentes entre los cuidadores que entre el conjunto de la población. Es por ello que uno de los recursos específicos de apoyo a los cuidadores incluye intervenciones psicoterapéuticas con un profesional de la salud mental, que ayuda al cuidador a ser consciente de su situación, a reestructurar los pensamientos que reproducen conductas problemáticas, a desarrollar habilidades y estrategias para afrontar los múltiples problemas con que se encuentran, a organizar el tiempo o a llevar a cabo, en la medida de lo posible, actividades gratificantes.

El objetivo de estos programas, por lo tanto, es conseguir la mejor adaptación posible del cuidador a su situación, dotándole de estrategias para manejar adecuadamente la problemática a la que se enfrenta. Se pretende conseguir una mejoría de los síntomas, mejor estado emocional, menor sufrimiento personal, a través de la modificación de conductas, pensamientos y emociones negativas.

Para ello, existen diferentes formatos, que pueden llevarse a cabo de forma individual o en grupo. Resulta fundamental que su duración sea breve y que se adapten a la escasa disponibilidad de tiempo de los cuidadores. Generalmente se llevan a cabo programas de orientación cognitivo-conductual que incluyen ejercicio para controlar la activación y reestructuración cognitiva, solucionar problemas e intensificar las actividades gratificantes. También se han desarrollado algunas aplicaciones a distancia, aunque como se verá más adelante, las valoraciones realizadas al respecto indican que son menos eficaces que las terapias grupales o individuales.

2.3.10. Otros programas disponibles para el conjunto de los cuidadores

Existen otros programas de apoyo a cuidadores desarrollados en determinados países. Los recursos orientados a la *gestión de crisis* son los más habituales entre los países europeos. Bélgica, Finlandia, Hungría y Luxemburgo son los países que han desarrollado en mayor medida estos programas, aunque su oferta también resulta obligatoria en Alemania, Francia y Reino Unido.

Los *planes integrados de cuidado para mayores y cuidadores*, también han sido puestos en marcha en diversos países europeos, aunque se puede afirmar que están poco extendidos. Este tipo de

servicio debería de constituir el paso siguiente a los procesos de valoración. Su implantación total, sin embargo, resulta más escasa, tan solo está disponible de forma total en el Reino Unido, Suecia, Finlandia, Hungría y Luxemburgo.

Holanda, Hungría y Luxemburgo, por su parte han desarrollado, además de los citados, otro tipo de servicios. Se trata de centros de apoyo para cuidadores, que ofrecen, generalmente, información, asesoramiento, apoyo práctico y emocional, formación, grupos de apoyo y ayuda de voluntarios o acompañamiento. No obstante, cada uno de ellos tiene sus características específicas. En Holanda, por ejemplo, existen 200 centros llamados *Support Centres for Family Carers*, en Alemania se denominan LOT, *Dutch Organization form Informal Caregivers* y en Hungría este tipo de servicio se presta a través de diferentes ONG.

2.3.11. Servicios especiales para cuidadores mayores

Australia y Reino Unido son también los países que han desarrollado un mayor número de programas o servicios orientados específicamente al apoyo de cuidadores mayores. Dichos programas se limitan, generalmente, a proporcionar información sobre los recursos formales existentes de los que pueden hacer uso. En ocasiones, el desconocimiento, junto con actitudes reticentes al acceso de este tipo de ayuda, son la causa principal de que las personas mayores no hagan uso de dichos recursos.

En el Reino Unido, por ejemplo, asociaciones como *Redbridge Carers Support Service* o *Older Carer Support Workers* en Sutton, trabaja con el objetivo de hacer más accesibles los servicios formales a los cuidadores informales en edades avanzadas, mayores de 75 años. Por otro lado, el informe publicado por MENCAP sobre las futuras implicaciones en las familias donde una persona mayor cuida a sus hijos adultos con discapacidad cognitiva, se insta a las administraciones locales a desarrollar un registro que contabilice el número de familias en esta situación. Recomiendan a las administraciones locales desarrollar un registro que contenga información sobre el número de cuidadores de personas adultas con discapacidad que exista en su área de intervención. Entre los datos a tener en cuenta para la prevención de episodios extremos, deberían de constar:

- el número de progenitores entre 60-69 años, por un lado, y por otro, el de mayores de 70 años, así como sus circunstancias.

- el número de hijos que podría requerir un cambio de domicilio en los próximos cinco años el nuevo tipo de recursos que requerirán y el coste estimado de un domicilio alternativo

En Irlanda se ha señalado la necesidad urgente de desarrollar un registro, *National Carer's Register* que identifique las necesidades de los mayores cuidadores, así como la necesidad de realizar una valoración y un plan integral para su apoyo. El registro posibilitaría proporcionar información completa sobre los recursos existentes a todos los cuidadores.

En Australia, el programa *Ageing Carers Project* (2003) trata, por un lado, de apoyar a cuidadores mayores de personas con discapacidad, y por otro, planificar el cuidado futuro de la persona afectada, con el objetivo de aliviar la preocupación del cuidador. Este programa incluye sesiones informativas, grupos de apoyo, el té de la mañana de los cuidadores y un “retiro” para cuidadores, que permite desconectar al cuidador de su tarea.

2.3.12. Programas especiales para cuidadores menores

Los programas puestos en marcha para la atención de estos cuidadores en el Reino Unido y Australia son diversos. Cabe destacar las siguientes:

- Campañas de sensibilización orientadas al conjunto de la población, como ‘días del cuidador’ o actividades de ‘auto-identificación’¹⁴, así como edición de folletos, carteles y creación de páginas Web. En Australia recientemente, en 2007, se llevó a cabo una cumbre llamada *Young Carers Roundtable*, en la que las experiencias de estos jóvenes fueron puestas sobre la mesa. Dichas sesiones tuvieron como resultado un informe que recopila información fundamental sobre las implicaciones de su trabajo y las recomendaciones básicas derivadas de la experiencia reportada.
- Campañas de colaboración y sensibilización orientadas a los profesionales que pueden estar en contacto con estos niños/as y sus familiares, con particular atención a los profesionales del sistema de salud y del sistema escolar. En el Reino Unido, por ejemplo, se han desarrollado protocolos y manuales de buena práctica tendentes a

¹⁴ En algunos barrios de Londres se han establecido sistemas de descuento en comercios para cuidadores lo que, además de facilitar el acceso de estas personas a ciertos bienes y servicios (tal y como ocurre con las familias numerosas), se favorece el contacto con los Servicios Sociales, responsables de certificar la condición de cuidador/a de las personas que desean beneficiarse de estos descuentos.

facilitar la identificación de los cuidadores en los servicios de atención primaria de salud y derivarlos a los Servicios Sociales.

- Encuestas específicas para estimar el número aproximado de cuidadores jóvenes que pueden existir en un ámbito geográfico determinado.
- Elaboración de escalas y cuestionarios para la identificación de estas personas y de sus necesidades de apoyo.
- Establecimiento de 'centros para cuidadores jóvenes' por parte, fundamentalmente, de entidades sin fin de lucro, en los que se prestan servicios específicos de apoyo y acompañamiento a cuidadores ya detectados.

2.3.13. Servicios especiales para grupos étnicos diferentes

Los servicios especiales orientados a grupos étnicos diferentes están poco desarrollados. Su implantación es muy escasa y en los lugares donde existe, el nivel de desarrollo todavía es escaso. De hecho, la mayoría de países europeos carece de programas o servicios que tengan como población diana a cuidadores de diferentes grupos étnicos. Tan solo el Reino Unido tiene de forma obligada su oferta, y algunos países más, sobre todo aquellos que cuentan con una mayor tradición migratoria, son los que han desarrollado parcialmente algún tipo de servicio.

Tabla 12. Disponibilidad y obligatoriedad de servicios especiales a cuidadores de diferentes grupos étnicos en diferentes países europeos

DISPONIBILIDAD			OBLIGATORIEDAD			
No disp.	Disp. parcial	Disp. total	Obligatorio	Público, no obligatorio	Voluntario con financ. pública	Voluntario sin financ. pública
Austria Bélgica Bulgaria Rep. Checa Suiza Dinamarca Grecia Irlanda Italia Malta Polonia Portugal Eslovenia	Alemania Finlandia Francia Luxemburgo Holanda Noruega Suecia Reino Unido		Reino Unido	Alemania Finlandia Holanda Suecia	Alemania Finlandia Holanda Reino Unido	Holanda

Fuente: *Supporting Family Carers of Older People in Europe*, 2005.

Fuera de Europa, Australia tienen programas específicos orientados a la población aborígen, dentro del llamado *Aboriginal and Torres Strait Islander Carer Program*, que informa de los servicios disponibles para los cuidadores a dicha población. Se estima que alrededor de 51 mil aborígenes ejercen de cuidadores en dicho país, el 12% del total de la población indígena. Desde 1995 lleva en funcionamiento el *ATSI Carer Program*, el *High Needs Project* se creó en 1999 y *Koori Yarning Project* fue desarrollado en 2000.

2.4. Valoración

Este repaso de los servicios y programas orientados a los cuidadores con necesidades especiales pone de manifiesto las siguientes conclusiones:

- El de los cuidadores con necesidades especiales es, pese a la escasa atención que se le ha prestado en nuestro entorno, un colectivo numéricamente importante, afectados por dificultades que pueden considerarse graves. Cabe estimar en unos seis mil el número de cuidadores informales mayores de 65 años y en unos mil los menores de 25. A ellos habría que sumar un número importante de cuidadores sobrecargados, que atienden a más de una persona dependiente al mismo tiempo.

- Son prácticamente inexistentes los servicios específicos de atención a estos cuidadores en otros países de nuestro entorno. La atención que se les dispensa se basa, por el contrario, en dos estrategias complementarias:
- de un lado, el refuerzo de la red 'convencional' de apoyo a las personas cuidadoras y el desarrollo del conjunto de las medidas de apoyo a cuidadores (prestaciones económicas, grupos de autoayuda, S.A.D, etc.).
- de otro, la elaboración de planes y estrategias orientadas a un mejor aprovechamiento de estos recursos y a una articulación de los mismos específicamente enfocadas a los cuidadores con necesidades especiales.
- Las actividades más habituales en el marco de estas estrategias globales suelen ser las de información e identificación, en la medida en que a menudo estas personas no acceden en la medida necesaria a la red formal de atención.
- Desde ese punto de vista, podría resultar de interés la elaboración para Gipuzkoa de un plan específico de atención orientado a prestar un apoyo específico a los cuidadores con necesidades especiales a través de los recursos convencionales puestos a disposición de la red de atención informal.

2.5. Bibliografía

Australian Government. *National Respite for Carers Program (NRCP) and other Australian Government support for carers*, Information sheet, nº 5, 2006.

Australian Government. Support for carers and community care, *Seniors Fact Sheet 2007-08*, 2007.

Barrett, L. (dir.). *Caregiving in the U.S.* Bethesda, National Alliance for Caregiving and AARP, 2004.

Bourke, J. *2007 TOCC Report, The hidden face of care* 2007.
Enlace Web disponible (abril de 2008). www.tocc.org.au/

Cameron J. *Who Will Look After Her When I Die? Report on the Ageing Carers of People with a Disability Project*. Victoria, Carers Victoria, 2005.

NSW Department of Health. *Carers Action Plan 2007-2012*. Sydney, NSW Department of Health, 2007.

Carers Australia. *Family Carer Recognition and Support. State Budget Submission 2007-2008*. Sydney, Carers Australia, 2007.

Carers Australia. *Annual Report 2006-2007*. Carers Australia, 2007. Enlace Web (abril de 2008). http://www.carersaustralia.com.au/images/stories/CA_Annual%20Report_2006-2007.pdf

Carers UK. *Carer's Allowance and the carer premium/carers addition*. Factsheet. London, Carers UK, 2007.

Carers UK. *How do I get help? Carer's assessments made clear*. Factsheet. London, Carers UK, 2007.

Carers UK. *Coming out of hospital. A guide for carers*. Factsheet. London, Carers UK, 2008.

Carers UK. *Benefits for carers. Are you getting all the financial help you can?* Factsheet. London, Carers UK, 2007.

Carers UK. *Looking after someone, a guide to carers' rights and benefits 2007/8*. London, Carers UK, 2007.

Castolo, O. et al. Telecare Time Bank. A virtual community for elderly cared supported by mobile agents, *Journal of Information Technology in Health Care*, vol. 2, nº 2, 2004, pp. 119-133.

Collom, E. *Engagement of the Elderly in Time Banking, The Potential for Social Capital Generation in an Aging Society*. Comunicación presentada en la 100th Annual Meeting of the American Sociological Association celebrado entre el 13-16 de agosto en Filadelfia, 2005.

Commonwealth Carer Resource Centre. *Caring for the carer. Practical Help and Support for all carers*. Commonwealth Carer Resource Centre, 2003.

Consejo Vasco de Bienestar Social (en prensa). *VI Informe sobre la situación social de los Servicios Sociales en la CAPV. Años 2004 y 2005*. Donostia-San Sebastián, SIIS.

Cox, C. Findings from a statewide program of respite care, a comparison of service users, stoppers, and nonusers. *Gerontologist*, vol. 37, 1997, pp.511-517.

Crespo, M. y López, J. *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Madrid, Pirámide, 2007.

Döhner, H. y Kofahl, C. (2005). *Supporting Family Carers of Older People in Europe - Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*. EUROFAMCARE, 2005.

Döhner, H. *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe, Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany*. EUROFAMCARE, 2007.

Eurofamcare. *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe, Summary of main findings from EUROFAMCARE*. EUROFAMCARE, 2005.

Fantova, F. et al. *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2005.

Halpenny, A. M. y Gilligan, R. *Caring Before Their Time? Research and Policy Perspectives on Young Carers*. Dublin, Barnardos and the Children's Research Centre, 2004.

Hunt, G.G. et al. *Caregiving in Rural America*. Easter Seals Disability Service, 2006. Enlace página Web (abril de 2008). www.easterseals.com/ruralcaregiving

Link, G. et al. *Family Caregiver Support State Facts at a Glance*. Washington, D.C., National Association of State Units on Aging, 2006.

López, J. y Crespo, M. *Intervenciones con cuidadores de mayores dependientes, una revisión*. Oviedo, Universidad de Oviedo, 2007. Enlace página Web (abril 2008). <http://redalyc.uaemex.mx/>

Larizgoitia, A. *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe, National Background Report for Spain*. EUROFAMCARE, 2004.

MENCAP. *The Housing Timebomb. The housing crisis facing people with a learning disability and their older parents* London, MENCAP, 2002.

Montorio, I. y Pérez, G. Intervención con cuidadores, *Informes Portal Mayores*, nº 54, 2006. Enlace página Web, <http://www.imsersomayors.csic.es>

Moore, T. y Morrow, R. *Supporting Young Carers In Western Australia*. Carers WA, 2007. Enlace página Web (abril 2008). <http://www.carerswa.asn.au/uploadedfiles/Young%20Carers%20Roundtable%20Report%20ow%20res.pdf>

National Alliance for Caregiving. *Care For The Family Caregiver, A Place to Start*, 2005. Enlace página Web (abril de 2008). <http://www.caregiving.org/pubs/brochures/CFC.pdf>

National Alliance for Caregiving. *Resources for Caregivers*, 2007. Enlace página Web (abril de 2008). <http://www.caregiving.org/pubs/brochures/resourcesforcaregivers07.pdf>

National Alliance for Caregiving. *Young caregivers in the US*, 2005. Enlace página Web (abril de 2008). <http://www.caregiving.org/data/youngcaregivers.pdf>

Observatorio de las Personas Mayores. Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2007, *Boletín sobre Envejecimiento Perfiles y Tendencias*, nº 32, 2007.

Oliver, J. *New Deal for Carers Findings from stage one of the adult and young carers' engagements programmes*, 2007. Enlace página Web (abril 2008). <http://www.dh.gov.uk/>

Quattrini, S. et al. *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe, Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Italy*. EUROFAMCARE, 2006.

Sörensen, S. et al. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis, *Gerontologist*, vol. 42, 2002, pp. 356-372.

Taskforce on Care Costs. *2007 TOCC Report, The hidden face of care*, 2007. Enlace página Web (abril de 2008). http://www.carersaustralia.com.au/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=123

Ward, H. y Cavanagh, J. A descriptive study of the self-perceived needs of carers for dependants with a range of long-term problems, *Journal of Public Health Medicine*, vol. 19, nº 3, 1997, pp. 281-287.

2.6. Páginas Web

Páginas Web nacionales sobre cuidadores en general:

<http://www.personascuidadoras.org/>

<http://www.cuidador.com/>

http://www.bizkaia.net/Home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem_Codigo=2555

<http://www.gipuzkoa.net/gizartekintza/sendian/>

[\[\\[teiz.org/we001/was/we001Action.do?idioma=es&menu=ciudad&menuInicio=menu08&aplicacion=wb001&tabla=entidad&accion=detalle&id=10701\\]\\(http://www.vitoria-gas-teiz.org/we001/was/we001Action.do?idioma=es&menu=ciudad&menuInicio=menu08&aplicacion=wb001&tabla=entidad&accion=detalle&id=10701\\)\]\(http://www.vitoria-</p></div><div data-bbox=\)](http://www.vitoria-</p></div><div data-bbox=)

<http://www.segg.es/segg/index.html>

<http://www.sercuidador.org/inicio.htm>

<http://www.saad.mtas.es/portal/>

Páginas Web internacionales sobre cuidadores en general:

<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/>

<http://www.direct.gov.uk/>

<http://www.carersuk.org/>

<http://www.socialcare.csip.org.uk/>

<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Carers/index.htm>

<http://suffolk-carers.org.uk/>

<http://www.nelincs.gov.uk/>

<http://www.rcss.org.uk/>

<http://www.rethink.org/>

<http://www.carers.org/>

<http://www.carersaustralia.com.au/>

<http://www.carerswa.asn.au/>

<http://www.carersnsw.asn.au/>

<http://www.rosalynncarter.org/css/>

<http://www.caregiver.org/>

<http://www.thefamilycaregiver.org/>

<http://www.caregiving.org/>

<http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/caregiver.asp>

Jóvenes cuidadores

<http://www.youngcarers.net.au/parents.html>

<http://www.youngcarersnsw.asn.au/>

<http://www.carers-sa.asn.au/yc/>

<http://www.youngcarer.com/>

<http://www.youngcarers.org/>

<http://www3.hants.gov.uk/childrens-services/childrenandyoungpeople/youngcarers.htm>

<http://www.youngcarers.org.uk/index.php>

<http://www.portsmouth.gov.uk/living/2970.html>

Otros cuidadores con necesidades especiales:

<http://www.nelincs.gov.uk/AtoZ/atozDetail?ID=7771>

www.seniors.gov.au

<http://med.stanford.edu/oafc/>

http://www.easterseals.com/site/PageServer?pagename=OPA_ruralcaregiving&s_scr=shortcuturl&s_subsrc=ruralcaregiving

<http://www.agedcareaustralia.gov.au/internet/agedcare/publishing.nsf/Content/Cultural+and+identified+needs-2>

<http://www.carersnsw.asn.au/Default.html?/news/MediaReleases/newsRoom.htm>

<http://www.centeronaging.uiowa.edu/archive/pubs/Elder%20Caregiving%20in%20Rural%20Communities.htm>

3. ABORDAJE DE LOS MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS DEPENDIENTES

3.1. Introducción

Históricamente, el maltrato comienza a ser un tema relevante para los profesionales e investigadores a lo largo de década de los sesenta - focalizado en el maltrato infantil - , y los setenta, cuando cobra importancia la problemática de la violencia de género. Hasta la década de los noventa no se ha reconocido en el contexto científico internacional que las personas ancianas o dependientes constituyen una población susceptible de recibir malos tratos. Ello ha acarreado lógicamente una aplicación tardía, cuando existen, de medidas específicas para el abordaje de los malos tratos hacia las personas mayores y ello, a pesar de que los escasos estudios parecen evidenciar que posiblemente sea el colectivo en el que la incidencia de las diferentes formas de maltrato es mayor, al menos en los países desarrollados.

Buena prueba de la creciente concienciación sobre el problema lo constituye el hecho de que la ONU haya establecido el 15 de junio de 2006 como el Día Mundial de la Prevención de los Malos Tratos a los Mayores, efemérides que tendrá carácter anual. Son varios los factores han contribuido a este interés creciente por el maltrato a las personas mayores, entre los se pueden citar:

- Factores demográficos, en concreto el aumento de la población mayor de 65 años a nivel mundial. En el caso concreto de España, en 2050 se prevé que la población mayor alcance el 31% de la población total.
- Factores sociales: los cambios en la estructura familiar tradicional, particularmente la salida de la mujer al mercado laboral y su consiguiente desaparición como cuidadora permanente del entorno familiar, ha acarreado la desaparición de una figura crucial sin que se articulen mecanismos estables para sustituirla o apoyar su función. La consecuencia es que resulta muy difícilmente asumible el cuidado de una persona dependiente en el medio familiar.
- Otros factores socioculturales, entre los que destaca la atención creciente que se presta a los derechos humanos, y la integridad de las personas, aumentando la sensibilización hacia estos temas, que dejan de esconderse bajo el paraguas de las relaciones intrafamiliares.

3.2. Incidencia de los malos tratos a personas mayores dependientes

Actualmente, no existen datos estadísticos fiables, y, por tanto, no se dispone de un cuerpo de conocimientos suficientemente sólido y contrastado que sirva de base para una comprensión suficiente de la realidad de los malos a las personas mayores dependiente. Existen pocos estudios y presentan datos dispares, debido básicamente a:

- Falta de uniformidad en la definición del maltrato. No existe un consenso sobre qué conductas constituyen maltrato. En términos generales, se habla de maltrato cuando se dan situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre desatención de sus necesidades básicas o daños como resultado de un acto o una omisión por parte de las personas que deben cuidarlo. Por tanto, las situaciones de maltrato o negligencia abarcan un espectro muy variado: desde actos más sutiles como un baño demasiado rápido, no realizar cambios de pañales suficientemente frecuentes a una persona con incontinencia o una cena a horas intempestivas hasta las agresiones verbales, psicológicas o físicas propiamente dichas.
- Dificultad para la detección y valoración del fenómeno. Las situaciones de maltrato o negligencia no resultan siempre fácilmente visibles porque se entremezclan en su aparición un conjunto de acontecimientos y desencadenantes, sociales, culturales, institucionales o familiares, de difícil valoración. Así, la interpretación de este tipo de actos

suele complicarse debido a cuestiones derivadas de relativismos socioculturales y de percepciones subjetivas de tipo profesional o personal.

- Diversidad en el tipo de muestra analizado. Los escasos estudios sobre el tema han abordado el tema en entornos diversos y con referencia a colectivos diferentes.

Sin embargo, al margen de estas dificultades metodológicas, subyace un problema de mayor calado para la valoración del problema del maltrato a las personas mayores y es el de la persistencia de su consideración como un tema tabú.

La literatura científica coincide en admitir que los malos tratos a personas mayores constituyen un fenómeno iceberg, sugiriendo que 5 de cada 6 casos permanecen ocultos, es decir, no se detectan. En la mayoría de los casos, los malos tratos son ocultados por las propias víctimas –se estima que no más del 6% de las denuncias de estos episodios provienen de los propios ancianos–, debido a que sienten miedo a las represalias, temen que los maltratadores –en muchos casos familiares directos– se ven obligados a afrontar problemas derivados de esa denuncia, padecen sentimientos de culpa o de vergüenza, porque sufren un deterioro cognitivo o físico que se lo impide o incluso por el mero hecho de ni siquiera son conscientes de estar siendo maltratadas.

Los datos más aceptados en la bibliografía internacional revelan que los malos tratos, así como los casos de negligencia o abandono, han aumentado considerablemente en los últimos tiempos, sobre todo en los países desarrollados, donde se está convirtiendo en un problema de magnitud mayor del que se le considera. Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (IN-PEA) estiman que:

- la incidencia global del maltrato es de entre el 3% y el 5% en los mayores que residen en su domicilio y de entre el 10% y 15% entre los mayores de 60 años que viven en instituciones,
- las situaciones del maltrato se dan en un 75% en la familia y en un 25% en instituciones (debido, se entiende, al menor número de mayores institucionalizados),
- las cifras más altas corresponden a las personas más ancianas y a las que sufren mayores grados de dependencia,

- los autores de malos tratos en el ámbito familiar son en el 60-70% de los casos los hijos – mayoritariamente– y los cónyuges,
- respecto a los diferentes tipos de maltrato, en general se consideran más frecuentes la negligencia, el abandono y el abuso psicológico, que suponen en diversos estudios más del 70% de los casos,
- en más de un 30% de los casos una misma persona sufre dos o más tipos diferentes de maltrato.

En el caso de España, donde más de 7 millones de personas superan los 65 años, una extrapolación de los porcentajes derivados de la literatura internacional arrojaría un saldo de 350.000 personas mayores en situación de maltrato.

En cuanto a percepción social en torno al maltrato a las personas mayores y dependientes, resulta de especial interés el reciente Eurobarómetro especial 283 de la Comisión Europea (2007), ya que parece evidenciar una importante toma de conciencia social respecto del problema. Esta encuesta analizó las actitudes sociales con relación a los cuidados de larga duración de más de 28.000 europeos, en aspectos tan diversos como la financiación de los cuidados de larga duración, los derechos y deberes de las personas dependientes y sus familiares, la libertad en la elección de los servicios. En torno al tema concreto de los malos tratos el estudio constata que:

- la mitad de los europeos opina que el maltrato o la negligencia hacia las personas mayores dependientes ocurren con frecuencia en sus países,
- siete de cada diez opinan que las personas dependientes tiene un mayor riesgo de padecer maltrato o abandono,
- resulta significativo que entre las personas que han tenido contacto con el sistema de atención –como usuarias o como familiares– esta percepción sea aún mayor.

3.3. Factores de riesgo frente al maltrato o la negligencia

La literatura científica analizada pone en evidencia una clara apuesta por la prevención en el abordaje de los malos tratos a las personas dependientes. Por ello, resulta fundamental el estudio de los factores de riesgo como medio de prevención en la lucha contra los malos tratos y la

negligencia. La eliminación o disminución de dichos factores de riesgo conlleva, en principio, una reducción de la incidencia del maltrato.

3.3.1. Factores de riesgo relativos a las características sociales y personales

- Mayor nivel de dependencia. Los malos tratos están asociados de manera inequívoca a las situaciones de dependencia y, por tanto, de vulnerabilidad de la persona y sobrecarga del cuidador. Conviene recordar que cerca de dos millones de personas mayores de 65 años padecen situaciones de dependencia grave o muy grave en España.
- Aumento de la edad. Los porcentajes más altos de maltrato corresponden a las personas más ancianas (y habitualmente con mayores grados de dependencia). Este dato resulta especialmente significativo debido a que las personas muy mayores, entre 80 y 100 años, constituyen un grupo de población cada vez mayor en las sociedades industrializadas y el que más crece comparativamente respecto al resto de franjas de edad, por lo que el potencial de riesgo va en aumento. En el caso de los centros residenciales, el problema se agrava debido a que el ingreso se produce a una edad cada vez más avanzada y con un grado de dependencia cada vez mayor.
- Desconocimiento de los derechos. La falta de conocimiento de los derechos, así como un carácter más dócil, comprensivo y menos exigente propician el riesgo de padecer malos tratos.

3.3.2. Factores de riesgo referidos a las características del entorno socioeconómico

- Pobreza. Las personas y familias con un menor nivel de ingresos son quienes corren un mayor riesgo de padecer alguna forma de maltrato. Se estima que en España el 33% de las personas mayores son pobres y el 43 % se encuentra en el umbral de pobreza, lo que les sitúa en una situación de mayor riesgo.
- Aislamiento social. Los estudios avalan el hecho de que el aislamiento social de la persona dependiente y la ausencia de relaciones familiares constituyen un factor de riesgo para el maltrato o la negligencia.

- Dificultades de acceso a los recursos. La combinación de los factores antes citados, la precariedad económica y el aislamiento social, junto con un desconocimiento de los derechos y las prestaciones, dificultan el acceso a los recursos sociales existentes, aumentando el riesgo de desamparo.
- Atención informal. El recurso exclusivo a la intervención informal, sin acceso a los recursos formales, genera una sobrecarga del cuidador, con el consiguiente agravamiento del riesgo de maltrato o negligencia.

3.3.3. Factores de riesgo vinculados a las características de los centros o servicios donde se recibe la atención profesionalizada

- Estructura y condiciones materiales de los centros. La literatura científica también apunta a la propia estructura de los centros como un posible factor de riesgo para el maltrato. Así, la existencia de pasillos estrechos o excesivamente largos, el hacinamiento de residentes en una misma habitación, las habitaciones sin baño o incluso la existencia de estancias demasiado amplias, facilitan la mala conducta profesional.
- Condiciones de trabajo en el centro o servicio. Los estudios evidencian que aquellos centros o servicios que cuentan con peores condiciones de trabajo presentan mayores índices de maltrato. El consabido síndrome del quemado presenta cierta predisposición a realizar actos violentos contra los mayores. Así pues, en líneas generales, la mejora de las condiciones de trabajo (subida de salario, reducción de jornada, aumento de las ratios de personal, mejora de la comunicación entre profesionales), suele conllevar una reducción en el riesgo de sufrir maltrato por parte de los usuarios.
- Relaciones entre profesionales y usuarios. Una excesiva rotación de los trabajadores, por ejemplo, se ha evidenciado como un factor de alto riesgo para el maltrato, al conjugar la precariedad del trabajador con la dificultad de establecer vínculos más estrechos con la persona usuaria. Igualmente, la exigencia de alargar jornadas de trabajo o dobles turnos perjudica seriamente la relación entre profesional y usuario.
- Dirección y gestión del centro o servicios. Una incorrecta dirección del centro, una gestión de recursos negativa o la no existencia de programas específicos de prevención de conductas de maltrato, constituye un factor de riesgo en el medio institucional.

- Formación y personalidad de personal. La adecuada formación de aquellos profesionales que se encargan de proporcionar cuidados o asistencia resulta imprescindible para una buena atención. Los estudios internacionales sugieren además que los rasgos de la personalidad de los trabajadores influyen de manera determinante, por ejemplo, en su capacidad de hacer frente a la agresión de los pacientes, que algunos desarrollan una cierta tolerancia a estas agresiones, mientras que en otros nunca se llega a desarrollar esta “inmunidad”. Es por tanto necesario capacitar y entrenar a los profesionales en habilidades sociales y de comunicación, en la utilización de unas prácticas positivas de asistencia y cuidado, en el control de las emociones y sentimientos negativos derivados del mismo, así como en el manejo de comportamientos problemáticos de las personas mayores a las que atienden.
- Aislamiento social de la persona usuaria. Al igual que en el ámbito comunitario, en el medio residencial, los estudios avalan el hecho de que la ausencia de relaciones sociales o familiares de la persona dependiente constituye un factor de riesgo para el maltrato o la negligencia por parte de los profesionales. Anecdóticamente, y en circunstancias extremas, la excesiva implicación de la familia puede influir negativamente en la relación profesional-usuario.
- Entorno geográfico de los servicios y centros. Vinculado con el punto anterior, la cercanía de los centros al entorno habitual de la persona mayor favorece el mantenimiento de las relaciones sociales, mientras que la excesiva dispersión de los centros, aumenta el riesgo de aislamiento. La integración de los centros en el entorno comunitario, también facilita el conocimiento de su existencia.

3.4. Recursos sociales para la lucha contra el maltrato a las personas dependientes

A la hora de determinar las posibilidades de acción frente al maltrato a las personas mayores, resulta pertinente retomar el Eurobarómetro especial 283 de la Comisión Europea citado anteriormente. Una de las preguntas del cuestionario hacía referencia a la percepción de los ciudadanos sobre el mejor modo de prevenir el maltrato a las personas mayores dependientes, reflejando una división en la opinión pública sobre la conveniencia de adoptar diversas medidas:

Tabla 13. Fórmulas de prevención del maltrato a las personas mayores

Respuestas a la pregunta: En su opinión, ¿cuál sería el mejor modo de prevenir el maltrato o la negligencia hacia las personas mayores? (máx. 2 respuestas)	
Castigar severamente a los que abusan de las personas dependientes	26 %
Establecer controles estrictos por parte de la administración	24 %
Mejor formación para los cuidadores, profesionales o informales	24 %
Mejorar las retribuciones de los cuidadores profesionales	22 %
Prestaciones económicas para los cuidadores informales	19 %
Mayor implicación de familiares, profesionales o religiosos en la atención	19 %
Endurecimiento de la normativa y estándares de atención	15 %
Reducir la presión laboral sobre los cuidadores profesionales	14 %

Fuente: Eurobarometer, Health and long-term care in the European Union. Report. Serie: special eurobarometer, nº 283, Bruselas, European Commission, 2007, pp. 247.

En la práctica, el eje principal de las estrategias de intervención actuales frente al maltrato de las personas dependientes lo constituye la prevención. En este sentido, la mejor y primera medida de prevención consiste en dotar de recursos suficientes y adecuados a las personas mayores, familias, instituciones y profesionales –limitando el agotamiento, la precariedad y la falta de sensibilidad–, así como actuar permanentemente en la generación de actitudes sociales positivas hacia la vejez.

Por otro lado, es preciso destacar que, hasta el momento actual, en el diseño de las políticas sociales dirigidas a atender situaciones de violencia y malos tratos hacia las personas mayores, todavía no se ha extendido la implementación de servicios o equipamientos especializados, sino que para la intervención en los casos de maltrato a personas mayores se utiliza habitualmente la red de servicios generales. Sin embargo, durante los últimos años, varios países están poniendo en marcha programas y planes específicos para la lucha contra el maltrato de las personas mayores. En líneas generales, se detectan cinco líneas de intervención comunes a los diversos países:

- Intervenciones a nivel macrosocial (campañas de sensibilización, formación, detección, etc.)
- Intervenciones destinadas a las personas dependientes.
- Intervenciones en el ámbito familiar e informal.
- Intervenciones en el medio institucional y profesional.
- Intervenciones desde el ámbito jurídico y normativo.

3.4.1. Intervenciones a nivel macrosocial

En la base del fenómeno de los malos tratos a las personas mayores se encuentra la estigmatización de la persona mayor en su representación social. Esta es también la percepción de las personas mayores, según atestiguan los estudios que han analizado el tema en España. Las personas mayores parecen considerar evidente que la existencia de maltrato a gentes de avanzada edad se explica por la imagen social atribuida al anciano que lo caracteriza como sujeto pasivo, es decir, improductivo y por lo tanto socialmente terminal. Concebida como una carga, la persona mayor estaría en deuda por aquello que recibe, como si estuviera viviendo a costa de una sociedad a la que ya no puede aportar nada y de la que demanda mucho.

Una de las vías de prevención primordiales debe ser, por tanto, la concienciación a nivel social. Los planes revisados coinciden en la conveniencia de promover actitudes sociales positivas que generen un clima social que minimice los riesgos y sea contundente en el rechazo a los malos tratos, desde la óptica de la tolerancia cero. En ese sentido, las recomendaciones de organismos internacionales –entre ellos, la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano– establecen que una prevención efectiva a nivel social debe:

- Concienciar a la sociedad en su conjunto, generando actitudes sociales positivas hacia la vejez. Se debe promover un conocimiento adecuado sobre la etapa de la vejez y el desarrollo de programas de solidaridad intergeneracional.
- Implicar a los medios de comunicación en el fomento de una presencia normalizada de los mayores en los programas, la eliminación de estereotipos, el desarrollo de campañas publicitarias positivas o la generación de programas informativos para personas mayores.
- Fomentar la educación de los más jóvenes, a través de programas específicos en la escuela: generando, por ejemplo, una asignatura transversal que incluya reflexiones sobre el ciclo vital, trabajando la utilización del lenguaje, organizando encuentros intergeneracionales en la escuela...

I Experiencias de interés**I Francia: Medidas de intervención a nivel macrosocial**

Recientemente, en Francia se han puesto en marcha diversas medidas para la lucha contra los malos tratos a las personas dependientes. Entre las intervenciones concretas de prevención a nivel social aprobadas durante los últimos años, caben destacar:

- Multiplicación de las campañas de sensibilización utilizando como instrumento todos los medios de comunicación disponibles: inserciones en prensa, Internet, folletos, conferencias, etc. En esta línea se ubica la publicación del folleto titulado *Lignes de vie, Lignes de conduite*, aplicado experimentalmente en cinco departamentos y fundamentado en la idea de que el respeto al prójimo, sea cual sea la edad, constituye el primer paso contra el maltrato. Ofrece también información sobre cómo reaccionar ante una situación o riesgo de maltrato.
- Puesta en marcha de un número nacional de información y atención frente al maltrato a las personas mayores o con discapacidad, 3977, destinado tanto a las víctimas como a cualquier persona que pueda testimoniar alguna situación de mala atención.
- Creación del Comité Nacional de Vigilancia contra el Maltrato de las Personas Mayores (*Comité National de Vigilance contre la Maltraitance des Personnes Agées*), que cuenta entre sus funciones la de detectar cualquier manifestación de desprecio a las personas mayores, fomentando la denuncia de posibles alusiones por parte de las personas que los testimonien, de un modo similar a como funcionan ya mecanismos similares en el caso de otros colectivos (mujeres, menores, minorías étnicas...). Recientemente sus funciones se han ampliado al colectivo de las personas con discapacidad.
- Difusión de la “Carta de derechos y libertades de la persona mayor dependiente” de la Fundación Nacional de Gerontología (*Fondation Nationale de Gérontologie*), a la que se otorga fuerza legislativa.

3.4.2. Intervenciones destinadas a las personas mayores y dependientes

Los principales recursos para prevenir las situaciones de maltrato continúan siendo los servicios destinados a la atención a las personas dependientes y, por tanto, a evitar la saturación de la red informal. En esta línea, junto con el aumento de la cobertura de los recursos considerados tradicionalmente “pesados” –centros de día, centros residenciales...– se va generalizando la puesta en marcha de servicios de carácter comunitario encaminados a facilitar la permanencia de las personas dependientes en sus domicilios, así como a elevar su calidad de vida y el fomento de su nivel de independencia: mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda, servicios de lavandería externa o de comida a domicilio, programas de acompañamiento, servicios de asistencia domiciliaria intenso, servicios de rehabilitación, centros de noche, etc.

Con todo, actualmente, la oferta de recursos sociales específicos para la prevención y atención de situaciones de maltrato a las personas dependientes es más bien escasa. La revisión de los programas puestos en marcha en los países del entorno, permite identificar los siguientes centros o servicios de atención específicos:

- Servicios de información, asesoramiento y soportes asistenciales para las personas dependientes y sus familias. Se trata de fomentar y estimular la autonomía personal en la toma de decisiones, así como de capacitar a las personas mayores sobre sus derechos.
- Teléfonos de ayuda donde puedan dirigirse las personas mayores que se encuentren en riesgo o estén sufriendo malos tratos. Estos recursos también están abiertos a personas que son testigos de situaciones de maltrato o perciben el riesgo.
- Servicios de investigación y actuación frente a las denuncias de malos tratos o actos negligentes contra personas dependientes. Estos servicios pueden realizar labores de derivación a otros servicios e incluso elaborar planes de protección y atención individualizados.
- Programas que favorecen el envejecimiento activo, así como programas de prevención y promoción de la salud; con el doble objetivo de mantener a la persona mayor mentalmente y físicamente activa y minimizar así el riesgo de dependencia.
- Programas de evaluación periódica del nivel de autonomía funcional para desempeñar las tareas de la vida diaria. No se debe perder de vista que cuanto mayor sea el grado de dependencia, mayor será el riesgo de aparición de malos tratos, de ahí la necesidad de valorar periódicamente su autonomía.
- Prevención del aislamiento social de las personas mayores. Diversos países han puesto en marcha de programas que fomentan las relaciones sociales de los mayores, promoviendo la interacción y evitando el aislamiento. En este sentido cabe destacar el desarrollo de los programas de solidaridad intergeneracional.
- Fomento de las redes de apoyo, con el objetivo de disminuir el aislamiento, el riesgo y las consecuencias negativas del maltrato. El desarrollo de estas redes de apoyo se fundamenta básicamente en el asociacionismo.

I Experiencias de interés**I Estados Unidos: Servicios de Protección a las Personas Adultas**

Los Servicios de Protección a las Personas Adultas (*Adult Protective Services APS*) estadounidenses constituyen un recurso destinado a garantizar la seguridad y el bienestar de las personas mayores y/o con discapacidad que se encuentran en peligro de sufrir malos tratos o una atención negligente.

Los *APS* están habitualmente destinados tanto a las personas mayores como a las personas dependientes más jóvenes. En algunos Estados estos servicios están únicamente destinados a personas mayores de 65 años, mientras que son muy pocos los *APS* dirigidos únicamente a personas de entre 18 y 59 años.

Las funciones de los *Adult Protective Services* consisten básicamente en:

- Recibir denuncias de malos tratos o actos negligentes contra personas mayores o dependientes.
- Llevar a cabo procesos de investigación exhaustivos en torno a dichas denuncias.
- Evaluar el riesgo de las personas mayores o dependientes de convertirse en víctimas de malos tratos.
- Evaluar la capacidad de las personas dependientes para entender las situaciones de riesgo o maltrato.
- Desarrollar programas individualizados de atención y prevención.
- Derivar hacia servicios de emergencia, sanitarios, sociales o de asistencia legal.
- Realizar labores de seguimiento y evaluación de los servicios asignados.

I Experiencias de interés**I Francia: ALMA Maltraitance des Personnes Agées et/ou des Personnes Handicapées**

La Federación ALMA France se creó en 1995 por iniciativa de Robert Hugonot –presidente del Grupo de trabajo sobre Violencia en el seno de la Familia, constituido en el Consejo de Europa a finales de los años 80– y constituye una red de centros de información y teléfonos de atención a víctimas de malos tratos.

La red funciona con voluntarios mayores especialmente formados en el tema de los malos tratos y en la atención telefónica. Suelen proceder además de profesiones sociales o sanitarias. La opción por personal voluntario se realiza, en origen, por dos razones: por falta de financiación y por el interés de formar a las propias personas mayores sobre la gravedad del fenómeno.

Estos voluntarios trabajan durante dos días a la semana, media jornada, durante todo el año. Su tarea principal consiste en atender las llamadas de las víctimas, lógicamente anónimas, y en derivar u orientar a las mismas. Para ello, los voluntarios cuentan con el asesoramiento permanente de profesionales especializados que se encuentran en la misma sede de cada una de las «antenas».

Un comité de expertos –compuesto entre otros por geriatras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, directores de residencias, jueces de tutela, representantes de asociaciones y representantes de diversos organismos públicos implicados– se reúne tres o cuatro veces al año para valorar ciertos dossiers concretos.

El sistema funciona así en tres niveles :

- los voluntarios recogen y dejan constancia de las quejas por escrito,
- los profesionales de referencia que les asesoran evalúan el caso y determinan los contactos necesarios para completar el dossier y verificar el caso,
- estos profesionales, junto con miembros del comité, deciden el modo de proceder.

Inicialmente se abrieron seis « antenas » de información con carácter experimental, en Burdeos, Limoges, Mulhouse, Reims, Saint-Étienne y Grenoble. En la actualidad, la red ALMA cuenta con 62 oficinas. Esta red de oficinas constituye un eje fundamental de las medidas de atención previstas en el recién aprobado *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. El Plan prevé la extensión de la red de centros de ALMA a todo el territorio francés y su apertura al colectivo de personas con discapacidad.

I Experiencias de interés

I Reino Unido: Protocolos de coordinación a nivel local

En el año 2000, el gobierno británico publicó el plan nacional *No Secrets* –denominado *In Safe Hands* en Gales–, con el objetivo de que las entidades locales con competencias en temas de servicios sociales, los servicios de salud, las fuerzas de seguridad, así como otras entidades implicadas en la prevención y protección del maltrato a las personas dependientes pudieran desarrollar procesos y protocolos de intervención coordinados.

El gobierno estableció mediante el plan *No Secrets* las directrices sobre el modo en que las entidades locales –en coordinación con los diversos niveles y ámbitos de actuación– deben investigar y actuar en los casos de abuso a personas vulnerables. Entre otros, se define el procedimiento a seguir en las siguientes intervenciones:

- Investigación de las denuncias o sospechas de malos tratos o atención negligente.
- Desarrollo de un Registro de casos estandarizado.
- Evaluación y definición de planes de protección adecuados a las necesidades de las víctimas.
- Medidas de intervención contra el personal que comete el maltrato. Algunas de estas medidas han sido sustituidas por el *Protection of Vulnerable Adults Scheme* (ver cuadro de experiencias correspondiente).

I Experiencias de interés**I Canadá: Programa "Envejecer en libertad con total seguridad"**

La Oficina de Seguridad de Québec (Canadá) ha desarrollado un programa de prevención a favor de los mayores en los servicios de policía de proximidad. El programa, titulado "Envejecer en libertad con toda seguridad", constituye un plan general de acción, instrumentos y recursos dirigidos a conocer y responder adecuadamente a las preocupaciones de las personas de más edad que entran en contacto con las fuerzas de seguridad.

El programa se inscribe en el marco de una estrategia aún más amplia de prevención (situaciones problemáticas vinculadas al riesgo de caídas, al consumo inapropiado de medicamentos, a la conducción de automóviles, situaciones de urgencia y de crisis...) que en el caso específico de los malos tratos persigue optimizar la detección y la comunicación.

Para ello, se pretende transmitir al personal de policía un conocimiento preciso del conjunto de recursos para mayores existentes en la región. Cuando se tienen sospechas de una situación de maltrato –que se confirma a través de una herramienta de detección específica–, la persona mayor es directamente orientada hacia el recurso apropiado.

Esta intervención comunitaria por parte de los policías contribuye a la mejora de la seguridad de las personas mayores y a reforzar los vínculos sociales de las mismas, muy a menudo deteriorados a causa del aislamiento que padecen.

3.4.3. Intervenciones en el ámbito familiar e informal

El apoyo al cuidador constituye, con frecuencia, el instrumento más eficaz en el abordaje del maltrato a las personas mayores. Cuando se interviene sobre la familia cuidadora, sin embargo, diversos autores coinciden en alertar sobre la necesidad de evitar, ante todo, la culpabilización de las mismas. Las familias pueden no contar con la formación, información y habilidades suficientes para cuidar a la persona mayor, pueden estar agotadas física y/o emocionalmente, pueden haberse habituado –como mecanismo psicológico de autodefensa– a la precariedad en los medios y en los cuidados, o pueden no contar con capacidades reales para cuidar, por falta de tiempo, de recursos económicos, de energías en función de la edad, etc. Conviene recordar que gran parte de los actos de negligencia se producen de forma no intencionada y pueden requerir de los profesionales mucho más apoyo que juicio moral.

Los principales recursos para aliviar la sobrecarga de los cuidadores continúan siendo los servicios destinados a la atención a las personas dependientes –servicio de asistencia domiciliaria, centros de día, servicios de estancias temporales en residencias...–, aunque se va generalizando la puesta en marcha de recursos orientados específicamente a la atención del propio cuidador.

Estos programas de atención a los familiares adoptan formas diversas, aunque comparten un objetivo final común: minimizar los factores de riesgo para la sobrecarga del cuidador, previniendo los malos tratos a personas mayores en el ámbito doméstico.

3.4.3.1. Sistemas de detección y valoración de las necesidades de los cuidadores

Los sistemas de detección y valoración de las necesidades de los cuidadores son procesos sistemáticos de recopilación de datos para la valoración de determinados aspectos relacionados con el rol que ejerce. Estos procesos tiene tres objetivos: identificar la capacidad del cuidador, valorar las necesidades que surgen como consecuencia de las tareas de atención y, por último, determinar los servicios disponibles para el apoyo del cuidador. El Reino Unido es, sin duda, de entre los países de nuestro entorno, el que en mayor medida ha desarrollado mecanismos para garantizar el derecho de los cuidadores a una evaluación de necesidades específica.

I Experiencias de Interés

I Reino Unido: Carers Recognition and Services Act

Desde la aprobación de la Ley de Cuidadores en 1995, todos los cuidadores del Reino Unido tienen derecho a un proceso de valoración específica de sus necesidades de forma gratuita.

Esta entrevista de valoración, así como la generación de un plan de apoyo adecuado a las necesidades detectadas en los cuidadores, se lleva a cabo por personal cualificado y puede llevarse a cabo en cualquier momento. Ahí radica en cierto modo la innovación de este tipo de medidas, pues evidencia una voluntad de aplicar de forma sistemática e independiente de la valoración realizada a la propia persona dependiente, un programa de atención específico para las personas cuidadoras. Es decir, las personas cuidadoras constituyen, por primera vez, objetivo preferente de atención por parte de los servicios sociales

En la práctica, a pesar de que los servicios de apoyo a los cuidadores se han incrementado, se estima que únicamente un tercio de los cuidadores informales del Reino Unido han sido efectivamente valorados.

3.4.3.2. Servicios de información, orientación y asesoramiento

Los servicios de información, orientación y asesoramiento ofrecen al cuidador acceso a la información esencial –recursos, servicios, normativa, derechos, información...– que todo cuidador debería de conocer para poder gestionar de forma adecuada y de acuerdo a los

recursos disponibles las tareas de atención que desarrolla. Se trata de uno de los servicios más extendidos en todos los países europeos, aunque adoptan formas muy diversas: centros de apoyo a cuidadores –en Holanda, Alemania o Luxemburgo–, páginas web informativas –Reino Unido–, guías de recursos –Francia–, líneas telefónicas de información, servicios de atención directa en los servicios de base...

I Experiencias de interés

I Francia: Centro de Información y Orientación para Personas Mayores y Cuidadoras

Los CLIC Centros de información y orientación destinada a las personas mayores y a su entorno - *Centres locaux d'information et de coordination gérontologique*- constituyen estructuras de proximidad, destinadas a facilitar el acceso a las prestaciones y servicios sociales, así como a mejorar el trabajo en red de los profesionales implicados en la atención a las personas mayores.

Estos centros, de carácter marcadamente comunitario, ofrecen información relacionada con las ayudas disponibles para personas mayores en su vida diaria. En ellos se evalúan las necesidades de las personas mayores, se elabora con ellas un plan de ayuda individualizado y se coordina la puesta en marcha de este plan, mediante la coordinación de una red formada por profesionales sanitarios, responsables del servicio a domicilio, personas del entorno y actores locales. Los CLIC se dividen en 3 niveles (cada nivel incluye también las funciones del inferior):

- Nivel 1: realizan funciones de acogida, escucha, información y apoyo a familiares.
- Nivel 2: llevan a cabo la evaluación de las necesidades y elaboran el plan de ayuda personalizado.
- Nivel 3: puesta en marcha del plan de ayuda y seguimiento del mismo.

3.4.3.3. Programas de formación para cuidadores

Los programas educativos o de formación para cuidadores proporcionan información sobre los aspectos relacionados con la patología de la persona a la que atienden y los problemas asociados que pueden incidir sobre su cuidado. Generalmente, también instruyen en el manejo de sentimientos y de control emocional –aprendizaje de técnicas para afrontar los sentimientos negativos vinculados al cuidado– y el desarrollo de habilidades en el afrontamiento de problemas asociados al cuidado –comportamientos disruptivos, problemas de comunicación, etc– .

Su objetivo es que el cuidador se sienta seguro y pueda desempeñar su papel lo mejor posible, y su aplicación suele ser limitada en el tiempo. Se trata igualmente de uno de los servicios destinados a los cuidadores más extendido entre los países de nuestro entorno.

3.4.3.4. Grupos de ayuda mutua

Se ha demostrado que es más fácil que las personas desarrollen y mantengan relaciones de apoyo con personas que están pasando por su misma situación. Esta es la premisa principal de los grupos de apoyo para cuidadores informales, cuyos participantes son cuidadores que experimentan una misma circunstancia y comparten situaciones semejantes, lo que favorece el apoyo social en el grupo. El objetivo de estas reuniones es facilitar el conocimiento de otras personas que tienen problemas similares a los suyos, y proporcionar así apoyo emocional y una oportunidad para intercambiar ideas que les ayuden a hacer frente a las dificultades.

Se trata, junto con los servicios de información y los programas de formación, otro de los servicios más extendidos en los países europeos.

3.4.3.5. Intervención psicoterapéutica y *counseling*

La excesiva carga derivada del trabajo informal de atención provoca que las personas cuidadores sufran con más frecuencia problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad o la agresividad, lo que agrava directamente el riesgo de malos tratos a las personas atendidas.

Es por ello que uno de los recursos específicos de apoyo a los cuidadores incluye intervenciones psicoterapéuticas, que suelen tener una duración breve y que se desarrollan de forma individual o en grupo. Se trata nuevamente de un servicio habitual en los países europeos.

3.4.3.6. Programas de intervención con cuidadores en alto riesgo de infligir malos tratos

Son programas que están poco desarrollados en nuestro medio. Su puesta en marcha precisa a menudo de una coordinación entre los servicios de protección a las víctimas de malos tratos, los servicios de salud y los servicios sociales atención a las personas cuidadoras. Entre los tipos de programas que se pueden desarrollar con cuidadores en riesgo pueden señalarse:

a) Programas para la prevención y /o tratamiento de cuidadores con problemas psicológicos severos

Los datos indican que los cuidadores con problemas psicológicos severos, como la depresión o la ansiedad aguda, que tienen a su cargo personas mayores dependientes, tienen un riesgo tres veces superior de cometer malos tratos que el de los cuidadores que no están deprimidos. La aparición de sentimientos negativos como la ira también es frecuente entre los cuidadores sobrecargados y constituye un factor de riesgo para el maltrato.

b) Programas de atención a cuidadores con problemas de drogodependencia

Es especialmente importante detectar e intervenir en los casos en que existe una situación de drogodependencia por parte de la persona cuidadora, pues incrementan notablemente el riesgo de malos tratos.

c) Programas de apoyo para la gestión de crisis

En países como Bélgica, Finlandia o Luxemburgo existen programas de detección y apoyo a cuidadores en situación de crisis.

3.4.4. Intervenciones en el medio institucional y profesional

Como antes se ha señalado, la revisión de literatura científica indica que la incidencia de los malos tratos en el medio institucional ronda el 10-15% entre los mayores de 60 años. En cuanto a la tipología, los tipos de malos tratos más frecuentes en las instituciones son el abuso psicológico y el medicamentoso, mientras que el abuso físico es comparativamente raro aunque el personal del centro utilice restricciones físicas en contra de los mayores. En el caso de la atención institucionalizada o formal, no está de más insistir en la apuesta por la prevención –frente a la sanción– en el abordaje de los malos tratos a las personas dependientes.

Por ello, parece pertinente volver a citar los factores de riesgo en el medio institucional, pues la eliminación o disminución de los mismos conllevará a una reducción de la incidencia del maltrato y la negligencia.

- Estructura y condiciones materiales de los centros. La existencia de pasillos estrechos o excesivamente largos, el hacinamiento de residentes en una misma habitación, habitaciones sin baño, incluso la existencia de estancias demasiado amplias, facilitan la mala conducta profesional.
- Condiciones de trabajo en el centro o servicio. A peores condiciones de trabajo (baja remuneración, jornadas excesivamente largas, rotación elevada, bajas ratios de personal, etc.), se constatan mayores índices de maltrato. Una incorrecta dirección del centro, una gestión de recursos negativa o la no existencia de programas específicos de prevención de conductas de maltrato, también constituyen factores de riesgo en el medio institucional.
- Formación y personalidad de personal. La inadecuada formación de los profesionales, así como la falta de capacidades personales para hacer frente a las situaciones problemáticas, aumentan el riesgo de malos tratos.
- Entorno geográfico de los servicios y centros. La cercanía de los centros residenciales al entorno habitual de la persona residente favorece el mantenimiento de las relaciones sociales, mientras que la excesiva dispersión de los centros aumenta el riesgo de aislamiento.
- Aumento de la edad. Los porcentajes más altos de maltrato corresponden a las personas más ancianas. En el caso de los centros residenciales, el problema se agrava debido a que el ingreso se produce a una edad cada vez más avanzada y con un grado de dependencia cada vez mayor.
- Aislamiento social de la persona usuaria. Al igual que en el ámbito comunitario, en el medio residencial, los estudios avalan el hecho de que la ausencia de relaciones sociales o familiares de la persona dependiente, constituye un factor de riesgo para el maltrato o la negligencia por parte de los profesionales.

I Experiencias de interés**I Francia: Plan de développement de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance**

Merece especial atención la descripción de la situación en Francia, dada la reciente actualidad y la abundancia de las medidas que se están adoptando. Las políticas públicas de lucha contra el maltrato de las personas mayores y con discapacidad constituyen un fenómeno reciente en Francia. La *loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et medico-sociale* estableció los primeros pasos en la prevención y detección de los malos tratos mediante la implantación de diversos instrumentos (carta de acogida y derechos y libertades de la persona usuaria de las residencias, evaluación y control del funcionamiento de los establecimientos residenciales, protección de los profesionales que denuncian actos de maltrato).

Sin embargo, en 2006, un informe de la *Inspection Générale des Affaires Sociales* vino a criticar las lagunas del dispositivo establecido, lo que ha dado lugar a la publicación del *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. [Circulaire Instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance].

Este plan, publicado en marzo de 2007 se basa en la idea de instaurar una verdadera cultura del buen trato a las personas mayores y con discapacidad en el medio institucional, a través de dos líneas de intervención principales: la prevención de las situaciones de riesgo de maltrato o negligencia –detalladas a continuación– y la detección de las situaciones de malos tratos - descritas en el punto siguiente-. En cuanto a la Prevención de las situaciones de riesgo para el maltrato, el plan establece cuatro líneas de intervención:

1. Herramientas a disposición de los centros residenciales. La normativa de marzo de 2007, refuerza dos instrumentos básicos –ya previstos en la ley 2/2002– para la lucha contra el maltrato en residencias:
 - El *livret d'accueil* que se entrega al residente –o a su representante– en el momento de su ingreso y que debe incluir información sobre las medidas que se toman en el centro para la prevención del maltrato y sobre los números de teléfono de atención a los malos tratos (por ejemplo, de ALMA)
 - El *projet d'établissement* constituye el documento donde se detalla el plan de funcionamiento y financiación de cada centro residencial, incluye además el *projet de vie*, es decir, el plan de atención individualizado de cada una de las personas usuarias.
2. Evaluación periódica. Se ha creado la *Agence Nationale d'Evaluation Social et Médico-Social*, con dos objetivos principales:
 - Desarrollo de guías y recomendaciones de buenas prácticas profesionales.
 - Asegurar el cumplimiento de la obligación que todos los servicios sociales y socio-sanitarios tienen de someterse a una evaluación interna, cada cinco años y a una externa, cada siete, con atención específica a la política de prevención de malos tratos. Para poder llevarlo a cabo, las residencias de personas mayores cuentan con una guía de gestión de riesgos de malos tratos elaborado por el Comité Nacional de Vigilancia contra el Maltrato de las Personas Mayores (ver cuadro correspondiente).
3. Selección de personal.

Se han establecido una serie de medidas destinadas a “incapacitar” profesionalmente a aquellas personas que hayan sido condenadas por una serie de delitos. Estos delitos han sido fijados mediante una lista y las personas condenadas por alguno de ellos tienen prohibido desempeñar tareas de atención a usuarios de servicios residenciales. Los directores de residencias además podrán consultar los antecedentes penales de los candi-

datos a trabajar en los servicios sociales y sociosanitarios.

4. Apoyo a los profesionales. Se prevén cuatro medidas:

- Gestión de recursos humanos. Con el fin de mejorar la capacidad de los directores para una óptima gestión de los recursos humanos se ha aprobado un decreto de cualificación de directores de centros sociales.
- Lucha contra la sobrecarga profesional mediante el establecimiento de servicios de escucha y apoyo. Estos servicios se han puesto en marcha, de modo experimental en Franche-Comté y en Córcega.
- Formación del personal de servicios sociales en la cultura del “buen trato”.
- Aumento en el número de profesionales. Se prevé la contratación de 23.400 nuevos profesionales, solo en 2007. El objetivo es el de establecer una ratio de 1 trabajador por usuario en los centros con grandes dependientes.

3.4.4.1. Programas de prevención de riesgos en el medio residencial

Una revisión de la literatura científica sobre el tema de los malos tratos a las personas dependientes identifica la incorrecta organización y gestión de los centros residenciales como un factor de alto riesgo para la existencia de situaciones de maltrato y la negligencia. Una incorrecta dirección del centro y, en concreto, la ausencia de programas específicos de prevención de conductas de maltrato, constituye frecuentemente un factor de riesgo en el medio institucional. Diversos informes recomiendan por ello la creación y desarrollo de protocolos de prevención de los malos tratos a personas mayores en centros sociales, sanitarios y sociosanitarios. Países como Reino Unido, Canadá o Francia han desarrollado programas y guías específicas para la gestión de riesgos de maltrato en el entorno residencial.

I Experiencias de interés**I Francia: guía de gestión de riesgos de maltrato en residencias**

Recientemente se ha creado en Francia el Comité Nacional de Vigilancia contra el Maltrato de las Personas Mayores (*Comité National de Vigilance contre la Maltraitance des Personnes Agées*), con la misión de contribuir a la definición, aplicación y seguimiento de la política de prevención de la lucha contra el maltrato.

Entre las primeras acciones del Comité se encuentra la elaboración de una guía destinada a apoyar a los centros residenciales en la gestión de los riesgos de maltrato (2006). La guía, que se acompaña de varios instrumentos prácticos, establece:

- los principios metodológicos y principales fases de un proceso de gestión de riesgos frente al maltrato;
- orientaciones sobre la tipología de los principales factores de riesgo de maltrato, de cara a la puesta en marcha del proceso de gestión.

En breve se prevé la adaptación de esta herramienta para su aplicación en los servicios de asistencia domiciliaria. Igualmente, se está elaborando una guía específica para los servicios de atención a las personas con discapacidad.

34.4.2. Formación de profesionales, de personas usuarias y familiares

La adecuada formación de aquellos profesionales que se encargan de proporcionar cuidados o asistencia resulta imprescindible para una correcta atención. El personal que cuenta con una escasa formación ofrece lógicamente una atención de menor calidad, tiene menos capacidad para atender a las necesidades especiales vinculadas a la discapacidad y resulta, por tanto, más proclive a padecer síntomas negativos vinculados a la carga de trabajo, incluyendo el maltrato.

Por otra parte, diversos estudios internacionales sugieren que, además de una adecuada formación profesional, los rasgos de la personalidad de los trabajadores influyen de manera determinante en su capacidad para gestionar correctamente las dificultades derivadas del trabajo de atención. Por ello, resulta fundamental capacitar a los profesionales en habilidades sociales y de comunicación y de control de las emociones. Esos estudios apuntan a la necesidad de:

- Incorporar el tema de los malos tratos en los planes de estudio de los profesionales dedicados a la atención directa.

- Exigir a los cuidadores formales no solo una formación específica, sino contar con las habilidades y actitudes necesarias.
- Facilitar la formación continuada y evaluar dicha competencia periódicamente.

En cuanto a la formación de las personas usuarias y sus familiares, una revisión de literatura científica evidencia que un mayor conocimiento del funcionamiento de los servicios y centros, así como los derechos que asisten a la persona usuarias, constituye un factor de protección esencial frente a los malos tratos o una atención negligente.

I Experiencias de interés

I Canadá: Prévention des mauvais traitements aux établissements de soins de longue durée

Este Proyecto, puesto en marcha en Canadá en 1995, surge con la intención de:

- sensibilizar a las personas usuarias y a las personas implicadas en su atención, en torno a la prevención de malos tratos y las situaciones de negligencia en los establecimientos de cuidados de larga duración,
- promover el debate social, favorecer una mejor comprensión del problema y facilitar la búsqueda de soluciones,
- desarrollar la formación de los profesionales implicados con relación a la prevención de los malos tratos.

Como resultado de este programa, considerado innovador y basado en la participación tanto de usuarios de servicios y familiares como de profesionales, se ha constituido una serie de materiales educativos y profesionales en torno al tema de los malos tratos. En estos materiales se reflejan la vida diaria de estos centros, se recoge el punto de vista de las personas usuarias y se proponen estrategias para el desarrollo de medios respetuosos con el bienestar de las personas dependientes institucionalizadas.

A través de estos materiales, se han desarrollado diversos cursos de formación orientados a los profesionales y voluntarios de dichos establecimientos en Canadá. .

El proyecto ha permitido además el establecimiento de una serie de líneas directrices para el desarrollo de políticas en materia de prevención del maltrato en el entorno residencial de larga duración, que se pueden resumir brevemente en :

- desarrollo y mejora de los mecanismos de intervención actuales en el medio residencial (estándares, protocolos, cambios organizativos, etc.),
- evaluación de la práctica diaria en el entorno residencial de larga duración y detección de buenas prácticas (condiciones de trabajo, mecanismos de detección, gestión de quejas...),
- continuidad de las iniciativas en materia de sensibilización, educación y formación (concienciación social, formación profesionales, información a usuarios y familiares...),
- mejora del conocimiento en torno al problema de los malos tratos y su abordaje en términos de prevención e intervención (fomento de la investigación, cuantificación y contextualización del problema...).

3.4.4.3. Controles en la selección de personal

En la línea de los criterios relativos a la cualificación del personal, muchos autores apuntan a que, en un ámbito tan sensible como el de la atención a personas vulnerables, la valoración de la adecuación del personal debería incluir, además de conocimientos académicos, la existencia de capacidades sociales como la empatía, el control de las emociones o la capacidad de reaccionar correctamente ante situaciones de crisis. Los estudios internacionales sugieren que los rasgos de la personalidad de los trabajadores influyen de manera determinante en su capacidad de relacionarse con los pacientes. El ejemplo más extremo lo constituyen, obviamente, las personas que ya han cometido malos tratos o han generado situaciones de riesgo.

Por ello, en países como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y más recientemente en Francia –ver cuadros de experiencias anteriores–, se han puesto en marcha diversos mecanismos de prevención de malos tratos basados en el control de los antecedentes de los profesionales de atención directa.

I Experiencias de interés

I Reino Unido: Protection of Vulnerable Adults Scheme. POVA list

Protection of Vulnerable Adults Scheme (POVA) consiste básicamente en:

- la creación y gestión de una lista de trabajadores de atención directa que han infringido –o han puesto en riesgo de– malos tratos a personas dependientes y
- la obligación por parte de las entidades proveedoras de servicios de consultar dicha lista antes de la contratar a cualquier trabajador de atención directa (incluyendo personal voluntario).

Las personas que hayan procedido incorrectamente en la atención a las personas dependientes entran a formar parte de una lista de profesionales que no podrán trabajar directamente en la atención a personas vulnerables en los siguientes servicios:

- centros residenciales
- servicios de asistencia domiciliaria
- *adult placement schemes* (servicios o centros comunitarios de apoyo, asistencia o alojamiento, con una capacidad máxima de tres usuarios)

A partir del 26 de julio de 2004, todos los proveedores de dichos servicios que vayan a contratar a una persona, deben verificar que ésta no esté incluida en la lista POVA. Las entidades locales, en cuanto que proveedoras de servicios, también están sujetas a la obligación de verificar los antecedentes de sus trabajadores, así como de que las entidades gestoras de sus servicios cumplen con las exigencias previstas en el POVA.

Al mismo tiempo, las entidades proveedoras de servicios tienen la obligación de informar a la Secretaría de Estado –responsable de la gestión de la lista POVA– acerca de conductas inapropiadas –malos tratos o riesgo de los mismos– por parte de sus trabajadores (se haya producido el hecho o no en el curso de su trabajo ordinario). Una vez recibida la queja, la Secretaría de Estado examina el caso y decide si tramitarla o no. En caso de que se considere necesaria una investigación orientada a confirmar los hechos y, mientras dure ésta, la persona trabajadora se encontrará *de facto* incluida en la lista POVA. Si la Secretaría determina la veracidad de los cargos y esta persona entra a formar parte de la lista POVA con carácter definitivo, no podrá volver a trabajar en la atención a personas dependientes.

El plan también prevé que si una entidad descubre que uno de sus trabajadores forma parte de la lista POVA, ésta pueda trasladar al trabajador a puestos que no sean de atención directa dentro del mismo servicio.

En el Reino Unido existe desde 2000 una lista específica para el control de los profesionales implicados en la atención a los menores de edad (*Protection of Children Act, POCA list*). La Secretaría de Estado determina, en base a los hechos imputados si el trabajador denunciado por malos tratos debe entrar a formar en una o en ambas listas.

En 2006, finalizado el primer año de funcionamiento de la lista POVA, el *Department of Health* encargó una primera evaluación sobre los 100 primeros registros dados de alta en la misma. Entre las conclusiones más interesantes, cabe destacar:

- la mayoría de denuncias (33%) hacen referencia a la negligencia o abandono, seguidos del maltrato físico (29%) o el abuso financiero (25%),
- el 82% de las quejas provienen del entorno residencial (a pesar de que el 80% de los usuarios lo son de servicios comunitarios), ello sin embargo puede deberse a la existencia de mayores mecanismos de control organizativo en las residencias,
- dos tercios de las denuncias provenientes de centros residenciales, lo son de grandes entidades (gestoras de más de 3 residencias), aunque ello puede deberse precisamente a la existencia de mecanismos de detección de maltrato en estas entidades,
- los trabajadores masculinos se encuentran sobrerrepresentados, ya que copan un 34% de las denuncias, a pesar de que constituyen menos del 20% del conjunto de los trabajadores del sector social,
- dos terceras partes de los registros son relativos a profesionales mayores de 35 años.

En la actualidad se está debatiendo en el parlamento británico un nuevo esquema (*Safeguarding Vulnerable Groups Bill*). Este nuevo sistema, vendrá a sustituir las actuales listas POVA y POCA, reforzando las medidas de control de los antecedentes de los profesionales que trabajan con colectivos vulnerables y ampliando los servicios incluidos, englobando también a los servicios sanitarios.

3.4.5. Intervenciones desde el ámbito jurídico y normativo

La Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano denunció que en la lucha contra el maltrato de las personas mayores existe una laguna de bases legales: cuando se identifican casos de maltrato, con frecuencia no se abordan por falta de instrumentos legales apropiados para responder a los mismos. Son varios autores los que, a la hora de establecer

mecanismos legales y jurídicos de protección, abogan por seguir la estela de la experiencia habida en otros colectivos, como es el caso de los mecanismos integrales establecidos en lucha contra la violencia de género.

Parece fuera de duda, en todo caso, que la solución a los malos tratos a las personas dependientes no reside en abordar el problema desde el punto de vista exclusivamente penal. La intervención por vía judicial debería ser excepcional y considerada como último recurso. Con todo, el recurso a la vía penal resulta necesario, no solo en cuanto que constituye una medida sancionadora, sino también disuasoria. En esta línea, tanto la literatura especializada como las escasas experiencias existentes –es el caso de Estados Unidos o Noruega–, apuestan por la restricción del recurso penal a los casos más graves y la apertura, en los demás casos, de vías alternativas de solución en la línea de la justicia restaurativa y de la mediación.

En todo caso, resulta imprescindible una actitud activa por parte de los profesionales. La literatura internacional sugiere que no más del 6% de las denuncias de estos episodios provienen de los propios ancianos maltratados, por lo que, lógicamente, la responsabilidad de su detección debe recaer en las personas de su entorno. La Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano establece, por ejemplo, la conveniencia de que los trabajadores de atención primaria asuman un papel más importante, ya que tratan con casos de maltrato a personas ancianas de forma regular, aunque con frecuencia no los reconocen como tales. Pese a ello, existen pocos medios formales estandarizados para la identificación del maltrato a las personas mayores –en cuyo análisis no se detiene este trabajo–, lo que hace que, en la práctica, se trate de un sistema de detección primordialmente observacional.

Entre las medidas concretas destinadas a la protección jurídica y normativa de las personas dependientes desarrolladas en diversos países, destacan:

- Creación y refuerzo legislativo de las correspondientes estructuras e instancias administrativas especializadas, que faciliten una intervención coordinada.
- Desarrollo de los recursos legales destinados a proteger los derechos de las personas mayores vulnerables: la incapacitación –institución jurídica de protección que dota a la persona de unos medios de protección de los que aparentemente carece–, la tutela –figura que representa y cuida de la persona y/o bienes de la persona incapacitada–, la curatela –figura que complementa la capacidad de obrar limitada de una persona–, au-

totutela y patrimonio protegido –según lo estipulado en la ley 41/2003 de protección patrimonial de las personas con discapacidad–, el testamento vital u otras medidas relacionadas con las sucesiones o herencias.

- Mejora del conocimiento social de estos mecanismos protectores de los derechos y difusión del trabajo de las entidades dedicadas a la gestión de estas figuras de protección y tutela.
- En algunos países existen tribunales y organismos especiales para la tramitación de denuncias relacionadas con las residencias, es el caso del Reino Unido o Bélgica (*Commission des plaintes contre les maisons officielles*).

I Experiencias de interés**I Francia: Plan de développement de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance**

El citado Plan francés – cuya primera parte se ha descrito en el punto relativo a la prevención de malos tratos en el medio residencial- establece cuatro medidas específicas para la detección y actuación frente a las situaciones de malos tratos:

- Instrumentos fundamentales para la Detección de situaciones de maltrato:
 - Mayores procedimientos de control. El plan prevé duplicar los controles de inspección para los servicios sociales y sociosanitarios y se prevé que estas inspecciones presten especial atención a las situaciones de maltrato.
 - Dispositivos de atención telefónica. Antes de 2009 y a través de la red ALMA, cada departamento contará con una antena de atención telefónica especializada para las víctimas y testigos de malos tratos. A nivel nacional, la citada Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad ofrecerá un servicio de atención telefónica propio.
- Mejora de los sistemas de denuncia, mediante dos medidas de actuación:
 - Protección legal de los trabajadores que denuncian situaciones de maltrato en sus centros y liberación del compromiso de secreto profesional en situaciones de malos tratos.
 - Desarrollo de instrumentos y protocolos que faciliten la realización de denuncias.
- Batería de Sanciones. Se establece una serie de sanciones administrativas y penales, aplicables tanto al personal acusado como a las propias instituciones en las que se cometen los malos tratos.

3.5. Valoración

La protección de las personas vulnerables ante el maltrato y la atención negligente constituye en la actualidad uno de los ámbitos de intervención más innovadores en la atención a las personas mayores. La revisión de literatura científica parece evidenciar además que se trata de un fenómeno que irá ganando importancia a corto plazo, tanto por el aumento de los casos – debido, entre otros factores, al envejecimiento de la población–, como por una mayor concienciación de la sociedad en su conjunto.

La literatura especializada analizada pone en evidencia una clara apuesta por la prevención en el abordaje de los malos tratos a las personas dependientes. Por ello, resulta fundamental el estudio de los factores de riesgo como medio de prevención en la lucha contra los malos tratos y la negligencia. La eliminación o disminución de dichos factores de riesgo conlleva, en princi-

pio, una reducción de la incidencia del maltrato. En este sentido, la mejor y primera medida de prevención consiste en dotar de recursos suficientes y adecuados a las personas mayores, familias, instituciones y profesionales —que limiten el agotamiento, la precariedad y la falta de sensibilidad—, así como actuar permanentemente en la generación de actitudes sociales positivas hacia la vejez.

Intervenciones a nivel macrosocial

En la base del fenómeno del maltrato a las personas mayores se encuentra la estigmatización de la persona mayor en su representación social. La concienciación social constituye por tanto una de las vías de prevención primordiales. Los planes revisados coinciden en la conveniencia de promover actitudes sociales positivas que generen un clima social que minimice los riesgos y sea contundente en el rechazo a los malos tratos. Resultaría interesante por tanto, llevar a cabo campañas de sensibilización al respecto en Gipuzkoa.

Intervenciones destinadas a las personas dependientes

Los principales recursos para prevenir las situaciones de maltrato continúan siendo los servicios destinados a la atención a las personas dependientes y, por tanto, a evitar la saturación de la red informal. En esta línea, junto con el aumento de la cobertura de los servicios sociales considerados tradicionalmente “pesados”, se debe fomentar el desarrollo de servicios de carácter comunitario encaminados a facilitar la permanencia de las personas dependientes en sus domicilios, así como a elevar su calidad de vida y el fomento de su nivel de independencia.

Paralelamente, sería conveniente explorar la implantación de recursos sociales específicamente orientados a las personas mayores vulnerables: servicios de información y asesoramiento específicos, sistemas de evaluación del riesgo de malos tratos, teléfonos de asistencia y denuncia..., y reforzar los existentes: programas de envejecimiento activo, programas de evaluación periódica del nivel de autonomía funcional, prevención del aislamiento social de las personas mayores, etc.

Intervenciones en el ámbito familiar e informal

Los servicios de apoyo a las personas cuidadoras debe constituir un eje fundamental en el abordaje de la prevención de los malos tratos a las personas dependientes. Son pocos, sin em-

bargo, los estudios que han podido medir eficazmente los efectos de los programas de apoyo a los cuidadores. Los usuarios frecuentemente suelen hacer una valoración positiva de los programas, pero no está claro que mejoren objetivamente la atención prestada o el estado anímico de la persona cuidadora. Los sistemas de detección y valoración de las necesidades de los cuidadores deberían constituir el primer paso la planificación de los servicios destinados a los cuidadores, siempre que, claro está, sea posible responder positivamente a las necesidades detectadas desde la red formal.

Entre los servicios que ya se ofrecen en Gipuzkoa, los estudios científicos parecen indicar que los programas de apoyo psicológico parecen resultar los más efectivos en la atención a la persona cuidadora. En cuanto a los programas de formación, varios estudios cuestionan su eficacia. Tras asistir a un grupo de formación, la persona usuaria ve incrementados sus conocimientos, pero parece que ello no conlleva necesariamente una mejoría en su estado de ánimo, sino que en algunos casos, puede llegar a aumentar su nivel de ansiedad. Por su parte, los grupos de ayuda mutua suelen ser valorados muy positivamente por los asistentes, pero, en la práctica no se ha demostrado que consigan una mejora en la salud del cuidador.

En definitiva, parece evidente que en el caso de Gipuzkoa, se debe continuar ofreciendo el catálogo de servicios de asistencia a personas cuidadoras. Sin embargo, parece conveniente explorar nuevas fórmulas de intervención con cuidadores, prestar más atención a soluciones basadas en las nuevas tecnologías y mejorar los canales de difusión sobre su existencia.

Intervenciones en el medio institucional y profesional

En el caso de la atención institucionalizada o formal, tanto la literatura especializada como la práctica a nivel internacional, apuestan nuevamente por la prevención como eje central. En este sentido, parece ineludible la resolución de los problemas vinculados a los factores de riesgo en el medio institucional citados (mejora de las condiciones materiales y de trabajo en los centros o servicios, inversiones en la formación y cualificación del personal, apuesta por la cercanía física de los centros, etc.)

Los países de nuestro entorno están desarrollando diversos mecanismos de prevención y control de los malos tratos en el medio residencial –prevención de riesgos en el medio residencial, formación de profesionales, de personas usuarias y familiares o mecanismos de control en la selección de personal– que podrían servir de referente para su aplicación en Gipuzkoa.

Intervenciones desde el ámbito jurídico y normativo

El hecho de que el fenómeno de los malos tratos a las personas mayores dependientes haya recibido una atención tardía, permite que, a la hora de establecer mecanismos legales y jurídicos de protección, se pueda seguir la estela de la experiencia habida en otros colectivos, como es el caso de los mecanismos integrales establecidos en lucha contra la violencia de género. Desde el punto de vista profesional, los datos –menos del 6% de las denuncias de maltrato provienen de las víctimas– evidencian la necesidad de promover una actitud de denuncia activa por parte de los profesionales de atención a las personas dependientes, así como la generalización de mecanismos formales de detección del maltrato.

Por último, desde el punto de vista de las personas dependientes y su entorno cercano, resulta conveniente mejorar el conocimiento social sobre los mecanismos de protección legal existentes.

3.6. Bibliografía

Associació per a la Investigació del Maltractament a l'Ancià, *Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores*. Barcelona, Fundació Viure i Conviure, 2007, pp. 81.

Barbero, J. y Moya, A. *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Serie: Personas mayores. Madrid, IMSERSO, 2005, pp. 208.

Bas, P. *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Paris, Ministère Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, 2007, pp. 30.

De la Cuesta, J.L. *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia-San Sebastián, Hurkoa Fundazioa, 2006, pp. 213.

Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano. OMS, Universidad de Toronto, Universidad de Notario y Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano.

Department of Health. *Protection of Vulnerable Adults Scheme in England and Wales for adult placement schemes, domiciliary care and care homes. A practical guide*. Londres, 2006, 40 pp.

Eurobarometer. *Health and long-term care in the European Union. Report*. Serie: Special Eurobarometer, nº 283. Bruselas, European Commission, 2007, pp. 247.

Guide de gestion de risques de maltraitance en établissement. Comité National de Vigilance contre la Maltraitance des Personnes âgées, 2006.

No secrets: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. Londres, Department of Health, 2000, 42 pp.

NSW Carers Action Plan 2007-2012. Londres, Department of Health, 2007, 33 pp.

Nursing home abuse risk prevention profile and checklist. Washington, National Center on Elder Abuse, 2005, pp. 67.

Prévenir les mauvais traitements dans les établissements de soins de longue durée et intervenir à leur égard. Leçons tirées de l'évaluation du projet Prévention des mauvais traitements dans les établissements de soins de longue durée. Agence Santé Publique Canada, 2004, 25 pp.

Rubio, R. y Sánchez, M.P. *Avances sobre la situación de violencia, maltrato y abandono de los mayores en la actualidad. En: 8º congreso nacional de organizaciones de mayores. ¿una sociedad para todas las edades?.* Madrid, 22-23 abril 2007. Madrid, CEOMA, 2007, pp. 1-17.

Sánchez del Corral, F. *Violencia en el anciano.* Serie: Informes Portal Mayores, nº 21. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2004, pp. 27.

Thomas, H. et al. *Perceptions et reactions des personnes âgées aux comportements maltraitants: une enquête qualitative. Études et Résultats, nº 370, 2005, pp. 1-12.*

Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Madrid, IM-SERSO, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2004.

3.7. Páginas Web

Action on Elder Abuse

<http://www.elderabuse.org.uk>

Alma France. Allô Maltraitance des Personnes Agées et/ou des Personnes Handicapées

<http://www.alma-france.org>

Association Daniel Goutaine:

<http://users.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse

<http://www.mun.ca/elderabuse>

Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE)

<http://db.rdms.udel.edu:8080/CANE/index.jsp>

National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA):

<http://preventelderabuse.org/>

Nacional Center on Elder Abuse

http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx

Portal Mayores: Maltrato a mayores.

<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/maltrato/enlaces.html>

Red Internacional para la Prevención del Maltrato en el Anciano (INPEA)

<http://www.inpea.net>

Réseau Ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ON-PEA)

<http://www.onpea.org/>

4. ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

4.1. Introducción

Las personas sin hogar padecen, en mayor proporción que el conjunto de la población, enfermedades y problemas relacionados con su salud física y mental, debido en parte a unas condiciones de vida generalmente caracterizadas por la precariedad y la privación. Puede decirse que en los últimos años se ha incrementado de forma notable la preocupación por los problemas de salud de estas personas, y, particularmente, por los de salud mental, que, según las entidades que trabajan en este ámbito, han crecido de forma muy significativa y constituyen una de las principales dificultades en la intervención social que se realiza con este colectivo. La enfermedad mental puede anteceder a la carencia de vivienda, y ser por tanto un factor causante o desencadenante de esa situación de exclusión, o manifestarse cuando la persona está ya inmersa en una situación de exclusión severa, convirtiéndose en un obstáculo adicional, a veces determinante, para la intervención social y para el desarrollo de cualquier proceso de inserción.

Según el último informe del Ararteko sobre la atención a las personas sin hogar en Euskadi, en los recursos de atención básica a esta población es notoria la presencia de personas cada vez

más jóvenes, grupos familiares con menores a su cargo, mujeres solas, mujeres con problemas de toxicomanías, inmigrantes que están iniciando procesos de exclusión y personas que han perdido la vivienda o se encuentran en situación de gran vulnerabilidad. Igualmente notoria es, según el informe del Ararteko, la presencia en esos recursos de personas con trastornos mentales, que a su condición de enfermos unen la de personas sin hogar o en situación de exclusión social severa. En el mismo sentido, las entidades especializadas en la atención a las personas en situación de exclusión social en Gipuzkoa han advertido de un aumento exponencial en el número de personas en situación de exclusión social extrema que padecen al mismo tiempo patologías mentales. Se trata, según estas entidades, de personas cuya enfermedad no ha sido diagnosticada o que, cuando lo ha sido, no siguen ningún tratamiento y no acceden a programas específicos de atención a las personas con patologías psiquiátricas.

El informe del Ararteko pone de manifiesto que los mayores índices de deterioro de la salud mental que padecen las personas sin hogar resultan indicativos, por un lado, de cómo este deterioro está incidiendo en las causas de la situación de sin hogar y en el mantenimiento de estas situaciones y, por otro lado y con especial relevancia, de cómo la situación de encontrarse sin hogar y el número de sucesos estresantes vividos pueden afectar de forma muy negativa a la salud mental de quienes los padecen. En el caso de la CAPV, explica el informe, las personas sin hogar con algún tipo de trastorno mental han sido señaladas por los expertos como uno de los principales perfiles que se sitúa fuera de la cobertura de atención social y sanitaria. En determinadas ocasiones porque ellas mismas se muestran reacias a acercarse a los recursos existentes y, en otras, por una incapacidad e inadecuación de los servicios y recursos para adaptarse a las peculiaridades y características de estas personas, con lo que se perpetúan los procesos de deterioro y marginación. En ese sentido, a juicio del Ararteko, las necesidades de estas personas no son sólo las de alojamiento, manutención y de relación, sino que requieren de atención sanitaria, rehabilitación y, en muchos casos, de tutela jurídica e institucional.

El informe del Ararteko muestra también una honda preocupación por el incremento de personas con patología dual o con trastornos de la conducta, que, en ocasiones, generan conflictos de convivencia cuando no se encuentran psiquiátricamente estables, conflictos que exceden las posibilidades de unos recursos eminentemente orientados a la intervención psicosocial. Esto hace que, en muchas ocasiones, se expulse a estas personas de los recursos asistenciales quedando fuera de la cobertura de atención y con escasas posibilidades de conectarse con la red de atención a las necesidades básicas. Además, algunas personas con importantes niveles de consumo de drogas muestran problemas adicionales de conducta, lo que genera, además de situaciones de violencia e inseguridad para los profesionales, dificultades muy importantes a la

hora de poder llevar adelante una intervención sociosanitaria en clave de incorporación social. Todos los expertos coinciden, en cualquier caso, en que una parte de los trastornos mentales que se registran entre las personas sin hogar no requieren de un ingreso en centro psiquiátrico; con medicación y un seguimiento adecuado sería posible desarrollar un trabajo para lograr su incorporación en la sociedad. Sin embargo, la inestabilidad de la vida en la calle no facilita el seguimiento ni la continuidad de los tratamientos.

Por otra parte, en lo que se refiere a las competencias de intervención sobre esta cuestión, las personas sin hogar se encuentran en una situación que sin duda cabe considerar difícil, en la medida en que su problemática compete a dos o más administraciones, con ritmos y pautas de intervención muy diferentes. Pese al avance en los sistemas de coordinación de la atención sociosanitaria, y a la creación de canales de colaboración entre los servicios sociales y sanitarios, la atención a las personas sin hogar con problemas de salud mental –como ocurre con el resto de los colectivos situados en la intersección de diferentes sistemas de atención–, se ve a menudo lastrada por la indefinición competencial, los problemas de coordinación y las lagunas (o los solapamientos) en la prestación de los servicios. Por ello, muchas de las experiencias o líneas de actuación desarrolladas en esta materia se refieren, más que a la propia prestación de servicios, a la búsqueda de herramientas de mejora de la coordinación interinstitucional, y remiten fundamentalmente a la articulación del espacio sociosanitario.

4.2. Características básicas del colectivo

La actual preocupación de las entidades sociales guipuzcoanas por los problemas de salud mental entre las personas sin hogar no es nueva. La Fundación Gizaide de Cáritas publicó hace ya diez años un estudio titulado 'Enfermos mentales sin hogar en Gipuzkoa', en el que se analizaba el perfil de 165 personas sin hogar, usuarias habituales de los servicios de atención al colectivo en Gipuzkoa, afectadas por trastornos o patologías mentales. Se estimaba, sin embargo, que el colectivo era cuantitativamente mayor y se cifraba en unas 300 el número de personas sin hogar con patología mental residentes en aquella época en Gipuzkoa. Con una edad media de 42 años, apenas el 12% de las personas que fueron entrevistadas para el estudio eran mujeres y casi el 60% del total eran nacidas en Gipuzkoa. La tabla siguiente, en la que se indican cuáles eran las patologías más habituales en ese colectivo, indica con claridad el peso de las toxicomanías en ese colectivo, muy por delante de los trastornos de personalidad o las psicosis.

Tabla 14. Trastornos mentales en una muestra de usuarios de servicios para personas sin hogar en Gipuzkoa (1998)

	Hombre (140)	Mujer (20)
Psicosis orgánica	2 (1%)	–
Psicosis funcional	12 (8%)	4 (20%)
Maniaco depresivo	11 (7%)	1 (5%)
Neurosis	8 (5%)	2 (10%)
Trastornos personalidad	17 (12%)	2 (10%)
Alcohólicos	58 (41%)	2 (10%)
Dudoso alcoholismo	15 (10%)	1 (5%)
Toxicomanías	44 (31%)	11 (55%)
Debilidad mental	3 (2%)	–
Patologías sin definir	14 (10%)	–

No es fácil, al margen de estos estudios sobre colectivos concretos, ofrecer datos contrastados sobre la prevalencia de la enfermedad mental entre las personas sin hogar, como tampoco lo es estimar la incidencia de la pobreza o la exclusión social entre las personas con enfermedad mental.

En general, los expertos estiman que entre un 25% y un 35% de las personas sin hogar sufren algún tipo de enfermedad mental. Según las estadísticas más recientes, dos tercios de los enfermos mentales sin hogar ni empleo son varones, con una media de edad de 50 años, y con consumos elevados de drogas y de alcohol en un 40% de los casos. De todo ese colectivo, algo más de un tercio son personas inmigrantes; más de la mitad de los casos (52%) son diagnosticados de esquizofrenia, el 13,6% de etilismo y el 11% de trastornos de la personalidad.

Los datos más rigurosos, obtenidos a través de una muestra representativa de personas sin hogar en Madrid, indican que:

- un 15% de todas las personas sin hogar ha sido ingresada en algún momento de su vida en un hospital psiquiátrico,
- el 22% se ha intentado suicidar,
- el 53% sufre de nervios, ansiedad, depresión o estrés,
- el 6,6% padece o ha padecido en el año anterior problemas psiquiátricos severos (esquizofrenia, trastornos maniaco depresivos...),

- el porcentaje de personas sin hogar que puntúan por encima del 5 en la escala GHQ es del casi del 80%. La puntuación 5 se considera en esta escala como punto de corte para valorar la presencia de alguna disfunción psicológica.

A menudo se hace referencia al consumo de alcohol y de drogas ilegales por parte de las personas sin hogar como desencadenante y/o agravante de sus patologías psiquiátricas, e incluso los casos de alcoholismo u otras toxicomanías se consideran en sí mismo como enfermedades mentales. La encuesta antes señalada indica que un 43% de las personas sin hogar ha bebido en exceso en algún momento de su vida, que un 11% tiene en la actualidad problemas con el alcohol, que un 16% ha usado drogas en exceso en algún momento de su vida y que un 12% tiene en la actualidad problemas relacionados con las drogas.

Los estudios comparativos realizados sobre muestras de personas sin hogar ponen de manifiesto tasas de prevalencia de las enfermedades mentales muy dispares, lo que se relaciona con la utilización de muestras muy diferentes, así como con la utilización de herramientas de diagnóstico también muy variadas. En cualquier caso, esos estudios indican sin lugar a dudas unos elevados índices de problemas de salud mental, que, como indica la tabla anexa, oscilan entre el 4% y el 28% en lo que se refiere a la esquizofrenia, entre el 2% y el 20% en lo que se refiere a la depresión mayor y entre el 1% y el 6% en lo que se refiere al deterioro cognitivo grave. La dependencia del alcohol o de otras drogas registra una prevalencia mayor de hasta el 48% y el 30%, respectivamente.

Tabla 15. Prevalencia vital de trastornos DSM -III basados en instrumentos estandarizados

Autores	Instrumentos	Esquizofrenia	Depresión mayor	Distimia	Deterioro cognitivo grave actual	Dependencia o abuso de alcohol	Dependencia o abuso de drogas
Rico, Vega y Aranguren, 1994	Entrevista clínica	5 %	2%	0,6%	0,8%	25%	6%
Lucas et al., 1995	PERI y MOR	28% a	S.I.	S.I.	S.I.	48%	30%
Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995	CIDI	4%	20%	17%	6%	26%	12%
Vega, 1996	CIDI	12%	15% b	S.I.	6%	21%	13%

a. Cualquier diagnóstico psicótico. b. Cualquier diagnóstico afectivo. S.I. Sin información.

Fuente: Bravo Ortiz, M.F. Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, vol. 3, nº 2, 2003.

Un estudio reciente, realizado por Cáritas de Gipuzkoa, ofrece también datos de interés sobre las personas con enfermedad mental atendidas en sus centros y fundaciones. Según ese estudio, elaborado en 2005 por la Plataforma Diocesana de Salud Mental, se puede estimar en unas 164 el número de personas con enfermedad mental atendidos en sus diversos dispositivos, de los que el 59% son hombres y casi el 70% mayores de 41 años. La mitad no tienen conciencia de su enfermedad, el 23% vive sólo, la mitad tiene una relación como mucho ocasional con su familia de origen, el 78% es atendido en un centro de salud mental y el 12% no recibe tratamiento (el 10% restante lo recibe de forma discontinua o irregular).

Sólo un pequeño porcentaje de estas personas –el 13%– acude al dispositivo que Cáritas orienta específicamente a las personas con enfermedad mental (Gizaide); el resto son usuarios de otros servicios de atención social, generalmente en el ámbito de las personas sin hogar (Aterpe, Trintxer, Lamorous, aunque también Sorabilla, Emeki y Hurkoa). Puede decirse por tanto que son personas que han accedido a la red de servicios sociales debido a otras problemáticas (pobreza, exclusión, dependencia...) y que a ellas se suma la de la enfermedad mental. Se produce por tanto, según Cáritas, una cierta ocupación de recursos creados para otros perfiles por parte de personas aquejadas de enfermedad mental, que produce además una cierta ‘geriatrización’ de esos centros, dado su edad y su grado de cronificación.

4.3. Recursos sociales

Pese a la gravedad de los problemas de salud mental detectados entre las personas que viven en una situación de exclusión social extrema, no puede decirse que se hayan puesto en marcha, al menos en nuestro entorno, los necesarios programas específicos, ni que el tratamiento de las patologías mentales de estas personas se haya convertido en una prioridad en lo que se refiere a la articulación y la prestación de los servicios. Este escaso desarrollo se debe a muy diversas motivaciones:

- En primer lugar, el carácter estrictamente sociosanitario de la problemática en cuestión. Pese a los avances producidos en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, resultan aún evidentes las dificultades para el desarrollo de proyectos que requieren de la colaboración de los servicios sociales y sanitarios, y/o que se dirigen a los colectivos que, por sus propias características, se encuentran en ‘tierra de nadie’, en el punto justo de intersección entre el sistema de servicios sociales y el de salud. Por su compleji-

dad e indefinición, el de las personas sin hogar con problemas de salud mental es uno de los colectivos que en mayor medida se ve afectado por esta situación.

- En segundo lugar, no es sencillo delimitar el colectivo potencialmente beneficiario de estas actuaciones. Aunque, estrictamente hablando, hagamos referencia a la problemática mental de las personas sin hogar o en situación de exclusión social extrema (una situación ya de por sí difícil de determinar), se tiende a veces a abordar el asunto desde la perspectiva inversa, la que aborda los problemas de exclusión social de las personas con enfermedad mental. En ese sentido, como en todas las situaciones en las que se superponen dos o más problemáticas sociosanitarias, no siempre es sencillo determinar cuál de los dos enfoques resulta prioritario, en qué medida una problemática es causa o consecuencia de la otra, cuál de las redes –la social o la sanitaria– debe asumir de forma prioritaria el problema, sobre qué colectivo debe centrarse la intervención o sobre cuál de las dos problemáticas.

- En tercer lugar, cabe hablar de estrategias o filosofías muy diferentes para el abordaje de esta cuestión que, si bien no resultan contradictorias o incompatibles entre sí, pueden estar contribuyendo a dificultar el avance de este tipo de servicios en una misma línea. En ese sentido, algunas iniciativas están dirigidas a garantizar que las personas sin hogar reciben en la red sanitaria convencional la atención médica que precisan (en este caso de salud mental), buscando por tanto mejorar el acceso de estas personas a la red general de salud mental, adaptando su funcionamiento, formas de acceso o la capacitación de los profesionales que trabajan en esa red. En otros casos, por el contrario, se ha optado por crear circuitos y servicios especializados que buscan atender de forma exclusiva a estas personas, a partir de la idea de que el acceso a la red normalizada de salud (en este caso de salud mental) no es la mejor opción. Debe decirse en cualquier caso que las dos opciones no se plantean casi nunca como antagónicas, y que, en general, lo que se producen son adaptaciones concretas dentro de un continuo que discurre entre estas dos opciones teóricas. También debe señalarse que, aunque no existe un acuerdo general sobre esta cuestión, la mayor parte de las entidades que intervienen en el ámbito de la atención mental a las personas sin hogar son de la opinión de que, frente a la creación de servicios específicos, resulta más adecuada la adaptación de los servicios ya creados y dirigidos al conjunto de la población con enfermedad mental.

- A la hora de detallar los recursos sociales que se han puesto en marcha para el tratamiento de los problemas de salud mental de las personas sin hogar, hay que destacar otros tres elementos de interés:
- Buena parte de las intervenciones que se realizan tienen como objetivo facilitar el acceso a los tratamientos y la adherencia a ellos, en la medida en que el principal obstáculo parece ser la falta de conciencia del problema por parte de algunas de las personas afectadas, y las dificultades (médicas, sociales, legales, económicas, etc.) que se dan para acceder al tratamiento y para mantenerse en él durante el tiempo necesario. Facilitar el acceso no resulta, efectivamente, el único objetivo o reto de este tipo de intervenciones, que a menudo se centran también en facilitar el adecuado seguimiento del tratamiento, que resulta tanto más complicado cuanto mayor sea el grado de deterioro o desestructuración de la persona.
- Estas dificultades de acceso se dan, en general, en todo lo que respecta a la atención sanitaria de las personas sin hogar, y no se circunscriben al tratamiento de las patologías mentales. Desde ese punto de vista, muchas de las intervenciones o líneas de actuación que se realizan parten de la mejora de los sistemas de acceso de las personas sin hogar a la atención sanitaria en su conjunto. Debe insistirse por tanto en que son pocas las líneas de intervención en el ámbito de la atención psiquiátrica a las personas sin hogar que no se aplican también en otros ámbitos de la atención sanitaria y en la idea de que, en general, para mejorar la asistencia psiquiátrica de estas personas se ha optado por aplicar medidas similares a las aplicadas para mejorar la atención sanitaria en general.
- Junto a las dificultades de acceso y de seguimiento, el segundo eje fundamental de intervención puede relacionarse con la adaptación de los servicios (en cuanto a normas de funcionamiento, formación de los profesionales, criterios de intervención, etc.) a las características de los usuarios. Esa necesidad de adaptación compete tanto a los profesionales de la red de salud mental (obligados a tomar en cuenta los condicionantes que la exclusión social extrema impone a la hora de realizar un tratamiento psiquiátrico generalmente de tipo ambulatorio), como a los de los servicios sociales, cuyas intervenciones se ven condicionadas, a menudo de forma muy importante, por la problemática psiquiátrica de las personas con las que trabajan.

Al margen del debate sobre los principios y estrategias básicas de intervención, las redes de análisis establecidas en torno a esta problemática han avanzado en la identificación de buenas prácticas en este ámbito. En ese sentido, han solido señalarse las siguientes:

- el usuario como centro del proyecto;
- el proyecto debe tener un acercamiento integral;
- métodos de acercamiento de proximidad y de respeto al usuario;
- atención a la persona en su conjunto, con necesidades complejas;
- la asistencia se orienta a las necesidades específicas de cada individuo;
- focalizado en favorecer la autonomía y retribución de poder a las personas desfavorecidas;
- flexibilidad en las respuestas;
- posibilidad de intervención en crisis y atención a la urgencia;
- colaboración del *staff* del proyecto con otros profesionales de otras organizaciones;
- equipos multidisciplinares;
- participación de voluntarios no profesionales;
- partenariado e interdisciplinariedad, tanto dentro como fuera del proyecto;
- integración y colaboración en una red local;
- supervisión y formación continuada;
- implicación en la sociedad civil.

Se resumen a continuación, a grandes rasgos, las principales estrategias puestas en marcha en los países de nuestro entorno para la prestación de servicios de salud mental a las personas sin hogar.

4.3.1. Sistemas de acceso y adaptación de la atención psiquiátrica ordinaria

Como acaba de señalarse, una de las estrategias básicas –y al tiempo más difusas– para mejorar la atención de los problemas de salud mental de las personas sin hogar radica en mejorar las posibilidades de acceso a la red ordinaria y en la adaptación de los servicios a las necesidades de estas personas. Las experiencias desarrolladas en este ámbito en otros países, fundamentalmente en el Reino Unido, resultan de difícil aplicación debido a una organización de los servicios comunitarios de salud diferente de la nuestra. En cualquier caso, entre las medidas o estrategias aplicadas cabe reseñar las siguientes:

- Modificaciones en los horarios de apertura de los centros de salud mental, ampliación de la disponibilidad horaria de los médicos para pasar consulta y posibilidad de que las consultas se realicen fuera del propio centro de salud (en albergues, centros de día o en la propia calle);
- Las adaptaciones también suelen radicar en la simplificación de los gestiones administrativas necesarias para el acceso al tratamiento, y, en ocasiones, en la aplicación de una política de 'discriminación positiva' en función de la cual los profesionales de los centros comunitarios de salud mental tienen en cuenta las características y necesidades particulares de esta población a la hora de establecer citas, indicar tratamientos, etc. En aplicación de estos criterios, algunos centros de salud mental han introducido modificaciones en sus sistemas administrativas y de gestión, como la no exigencia de empadronamiento o registro para poder ser atendido en un centro determinado, o la posibilidad de acortar los plazos de espera para aprovechar las fases en las que estas personas se muestran más receptivas al tratamiento;
- Formación de los profesionales de la atención psiquiátrica, de forma que puedan realizar un abordaje específico de las necesidades de estas personas, sean capaces de identificar los problemas de salud mental que padecen y puedan actuar como enlace con la red de servicios sociales.
- En otros casos, sobre todo en los centros radicados en zonas con gran afluencia de personas sin hogar, la adaptación de los servicios comunitarios de salud mental suele pasar por la especialización en la materia de una parte de los médicos u otros profesionales del centro, de forma que las personas sin hogar encuentren en tales centros profesionales debidamente formados, sensibilizados y dotados de los recursos suficientes para abordar su tratamiento.

Servicio comunitario de salud mental para personas sin hogar (Leicester)

El Servicio Comunitario de Salud Mental para Personas sin Hogar funciona en la ciudad de Leicester bajo el paraguas del Servicio Nacional de Salud (NHS). Presta diversos servicios en el ámbito de la salud mental, incluyendo la intervención en medio abierto, y forman parte de él ocho profesionales. Además de acudir a los centros que habitualmente frecuentan estas personas al objeto de atender a los usuarios de estos servicios, el equipo practica una política de puertas abiertas en función de la cual todas las personas con enfermedad mental pueden acudir al centro para pasar consulta y recibir tratamiento

4.3.2. Sistemas de atención integral

Frente a los enfoques basados en la mejora del acceso de las personas sin hogar a la red ordinaria de salud mental, otros enfoques han optado por la creación de programas integrales en los que se presta una diversidad de servicios (algunos de ellos desde la red ordinaria, y otros desde esquemas especializados) estructurados e integrados en un paquete individual. Se trata de programas que pretenden ofrecer respuestas al conjunto de las necesidades de estas personas –de alojamiento, de tratamiento psiquiátrico, de ocio, de inserción laboral, de garantía de ingresos...– y que se basan en el principio de que los problemas de estas personas constituyen un conjunto entrelazado, difícilmente susceptible de ser abordado desde enfoques parciales, y que requiere por tanto aproximaciones integrales en las que todas las necesidades de la persona atendida sean tenidas en cuenta de forma simultánea.

Este tipo de enfoques integrales parecen especialmente adecuados para las personas con necesidades múltiples en las que, además de la exclusión y la enfermedad mental, se acumulan otras problemáticas, como drogodependencias, otros problemas de salud, malos tratos, etc.

Un proyecto pionero en lo que se refiere a la integración de servicios para personas sin hogar con enfermedad mental lo constituye el denominado *Acces Project*, desarrollado entre 1994 y 1998 en algunas ciudades de los Estados Unidos. El proyecto, sometido además a un riguroso proceso de evaluación y análisis, se basaba en la prestación de servicios intensivos de intervención en medio abierto y gestión de casos, a partir de los cuales se accedía a otros servicios en el ámbito de la vivienda, la atención sanitaria, el empleo o el tratamiento de las drogodependencias. El programa se prestó, con buenos resultados según las evaluaciones realizadas, en 18 ciudades de Estados Unidos y atendió, en total, a más de siete mil personas sin hogar. Una de las conclusiones del proyecto destaca los buenos resultados, dentro del programa, de las iniciativas puestas en marcha para la reunificación o el reestablecimiento de los lazos familiares entre las personas con enfermedad mental sin hogar y sus familias de procedencia, en la medida en que la atención informal y los apoyos prestados por estas familias permitieron mejorar la situación social, la estabilidad residencial y el curso de la enfermedad de las personas atendidas.

También en nuestro entorno más cercano se han articulado este tipo de aproximaciones integrales. El Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar (PRISEMI) constituye un buen ejemplo de este tipo de iniciativas.

Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar (PRISEMI)

Se trata de un Proyecto promovido y desarrollado por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid en el marco del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica. En el desarrollo del Proyecto se cuenta con la estrecha colaboración y cooperación del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, así como con la coordinación y colaboración del Equipo de Atención Psiquiátrica de Calle puesto en marcha por la Oficina de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo.

El programa trabaja en estrecha coordinación con los recursos de alojamiento e intervención en medio abierto, y ofrece los siguientes servicios:

- Programas individualizados de apoyo a la rehabilitación psicosocial y la reinserción social.
- Actividades de acompañamiento, enganche y apoyo a la vinculación a recursos y al desarrollo de itinerarios de reinserción con personas enfermas mentales crónicas marginadas sin hogar en la calle.
- Desarrollo y gestión de cinco pisos supervisados (20 plazas) como alternativas residenciales comunitarias para favorecer procesos de reinserción social.

Para el desarrollo de dichas actividades y programas de apoyo social, este Proyecto contaba a final del 2006 con un coordinador, tres psicólogos, un trabajador social y catorce educadores. En 2006, el programa atendió a un total de 140 usuarios (103 a 31/12/2007).

4.3.3 Equipos itinerantes de atención psiquiátrica

La intervención psiquiátrica en medio abierto es, sin duda, una de las principales medidas adoptadas en los últimos años para el abordaje de la salud mental de las personas sin hogar, hasta el punto de que en algunos países este tipo de intervenciones en medio abierto constituyen un elemento indiscutido en el catálogo de servicios sociosanitarios para las personas con enfermedad mental. Al definir los modelos de intervención en medio abierto, se tiende a insistir en el carácter asertivo y proactivo de las intervenciones (*assertive outreach*), en los que los profesionales salen a la búsqueda de los pacientes que en otras circunstancias no hubieran acudido a ellos, en contraposición a esquemas más 'pasivos', en los que se espera que sea el paciente quien acuda por su propia iniciativa, o la de su entorno, a demandar algún tipo de atención.

La intervención psiquiátrica en medio abierto ha recibido particular impulso en Inglaterra al abrigo de la llamada *Homeless Mentally Ill Initiative*, un iniciativa del Departamento de Sanidad por la que se financia la creación de equipos especializados en la intervención psiquiátrica de calle con personas sin hogar, como complemento a la atención que se venía prestando en albergues y centros de día. La iniciativa se estableció a partir de 1990 en Londres, y tuvo como principal consecuencia la creación de cinco equipos multidisciplinares, cuyo principal objetivo era el de vincular a las personas sin hogar y con enfermedad mental que contactaban en la calle con la red sociosanitaria y, en particular, con los servicios de salud mental. Las evaluaciones de estos programas realizadas a mediados de los años 90 pusieron de manifiesto un moderado grado de efectividad, especialmente en los casos en los que los equipos fueron dotados de los recursos materiales y personales suficientes. Las evaluaciones de la intervención psiquiátrica en medio abierto con personas sin hogar realizadas en los Estados Unidos –donde este tipo de iniciativas han recibido una mayor atención científica– indican por su parte que la flexibilidad en el tratamiento constituye, frente a otros formatos más rígidos, una de sus principales ventajas. También se destaca que el éxito de estos servicios es mayor cuando se coordinan con otros programas de realojamiento, en la medida en que el acceso a la intervención en medio abierto se configura como una puerta de acceso a los servicios residenciales y/o de tratamiento psiquiátrico.

Buena parte de las experiencias que se han realizado en este marco son gestionadas de forma conjunta por la administración social y sanitaria, y en todos los casos se destaca el carácter interdisciplinar de los equipos de intervención, que cuentan con educadores, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos y personal de enfermería. En la mayor parte de los casos, el trabajo específico de intervención en medio abierto se combina con la prestación de servicios especializados en centros de atención a personas sin hogar (albergues, comedores, centros de día, etc.) y con el trabajo de coordinación y asesoramiento a los profesionales que trabajan en esos centros.

HHELP: Intervención de calle y ambulatoria en Londres

El equipo HHELP es un equipo multidisciplinar de intervención en medio abierto dirigido a las personas sin hogar con enfermedades mentales graves, desarrollado al amparo del plan especial del Departamento británico de Salud para las personas sin hogar con enfermedad mental¹⁵. El equipo trabaja en el centro de Londres y cuenta con personal de enfermería especializado, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras. Además de la intervención de calle propiamente dicha, el equipo trabaja en estrecho contacto con los albergues y centros de día de la zona, y prestan servicios especializados de diagnóstico y tratamiento a los usuarios de esos centros, a menudo en las propias instalaciones. Desde ese punto de vista, además de la intervención de calle o en medio abierto, este equipo realiza una intervención ambulatoria especializada en enfermedad mental en los centros de atención a los que estas personas acuden para la satisfacción de sus necesidades.

Por otra parte, los miembros de este equipo especializado en salud mental de personas sin hogar asesoran a otros especialistas médicos en la atención específica a las personas sin hogar; si la problemática de esas personas es particularmente severa, su historial se deriva al propio equipo de HHELP para su tratamiento. Además, los miembros del equipo realizan actividades de formación y asesoramiento a otros profesionales de la red sociosanitaria en aspectos relacionados con la atención psiquiátrica a personas sin hogar.

4.3.4. Planes de discharge o desinstitucionalización

La fase final de los periodos de hospitalización o internamiento de las personas sin hogar, ya sea por patologías psiquiátricas o de cualquier otra índole, resulta una fase crítica en la atención que se presta a estas personas. Un alta hospitalaria prematura o mal planificada puede desembocar en un empeoramiento general de la situación de esa persona, al no tener en general un domicilio al que reintegrarse y/o una red social de apoyo durante el periodo de convalecencia. Sin embargo, el proceso de des-hospitalización puede resultar una fase útil –una oportunidad de mejora– para el proceso de inserción de la persona sin hogar si se aprovecha para lograr una mayor implicación de la persona hospitalizada con la red de recursos y, particularmente, si a partir de esa alta hospitalaria se planifica una intervención adecuada. El interés de los planes de desinstitucionalización radica también en el aspecto preventivo, en la medida en que este tipo de altas –sobre todo cuando se realizan tras estancias prolongadas– suelen ser uno de los principales factores de riesgo del *sinhogarismo*.

A partir de esas premisas, se han extendido en diversos países programas específicamente destinados a la planificación y seguimiento del alta hospitalaria. Estos planes o protocolos de desinstitucionalización se definen como un proceso de identificación y organización de los

¹⁵ El plan consiste, fundamentalmente, en la convocatoria anual de un plan específico de subvenciones para la financiación de servicios de atención psiquiátrica a personas sin hogar con problemas de salud mental.

servicios y los vínculos que una persona con enfermedad mental, drogodependencias u otro tipo de vulnerabilidad precisa cuando es dada de alta y se inicia un periodo de vida autónoma en el medio comunitario. Si bien esos procesos pueden realizarse a partir de cualquier tipo de estancia hospitalaria, revisten particular interés en el marco de los ingresos psiquiátricos y/o en el caso de pacientes que, a otras patologías, suman las de tipo mental. Aunque resultan beneficiosos para los propios usuarios y para el conjunto del sistema sociosanitario, los mecanismos de 'altas acompañadas' suelen resultar particularmente impulsados desde la propia administración sanitaria, en la medida en que con ellas se garantiza una rotación más rápida de las camas hospitalarias y una ocupación más breve de esas camas por las personas sin hogar.

Para llevar adelante iniciativas basadas en este enfoque se han adoptado algunas de las siguientes medidas.

- Establecimiento, en el marco de los programas de atención a las personas sin hogar, de un responsable de gestión de las altas hospitalarias (*homeless patient coordinator*), encargado de la coordinación con los servicios sociales y sanitarios hospitalarios y de la elaboración de 'protocolos de alta', en los que se especifican los servicios concretos que estas persona recibirá tras su alta. Las funciones de estos profesionales radican tanto en el seguimiento de personas ya atendidas por la red de atención a los sin techo que han debido ser hospitalizadas, como en la detección de personas que, una vez dadas de alta, carecerán de un domicilio al que acudir.
- Reserva de plazas residenciales: en numerosos centros residenciales de atención a las personas sin hogar, las personas hospitalizadas no pierden su plaza por motivo de una hospitalización, aunque sea dilatada, de forma que pueden ser reingresadas directamente en la plaza de albergue que ocupan al finalizar el tratamiento médico. Se ha detectado también la necesidad de que estos sistemas de reserva de plazas se extiendan a viviendas con apoyo e incluso a viviendas en alquiler, de forma que el ingreso en el hospital no suponga la pérdida del derecho a seguir ocupando ese alojamiento.
- Mantenimiento del vínculo profesional con la persona sin hogar una vez se ha producido el alta, de forma que los profesionales del centro, en colaboración con los profesionales de la atención comunitaria, ejercen una función de seguimiento y apoyo tras la hospitalización.

Intervención en Momentos Críticos

El modelo de CTI (*Critical Time Interventions*), desarrollado fundamentalmente en Estados Unidos, tiene por objeto favorecer una adecuada reinserción en la comunidad tras el alta de personas sin hogar con enfermedad mental en recursos residenciales de larga estancia. El modelo se basa en dos componentes: a) refuerzo de los vínculos individuales de la persona con la red de servicios comunitarios y con su red social de origen, y b) prestación de servicios de apoyo durante la fase de transición y adaptación a la vida fuera de la institución.

Los servicios de apoyo suelen ser gestionados por los profesionales que ya han establecido una relación personal con los usuarios durante la intervención en la fase de internamiento o estancia residencial. La intervención se articula en tres fases: transición a la comunidad; ensayo (*try out*); y delegación de la atención (*transfer of care*) en la que la coordinación de la atención a la persona usuaria pasa a ser oficialmente asumida por una entidad distinta a la residencial.

Aunque el modelo ha sido fundamentalmente aplicado, de forma experimental, en Estados Unidos, programas basados en los mismos principios han sido desarrollados en La Haya (Holanda), con personas sin hogar con patología dual, y en Londres, con personas con enfermedad mental encarceladas que abandonan la prisión. Los propios promotores de la iniciativa, en cualquier caso, han advertido sobre la dificultad que implica la adaptación de un programa experimental al sistema ordinario de servicios.

4.3.5. Refuerzo de los servicios especializados

Otra estrategia de interés en la provisión de servicios de atención psiquiátrica a las personas sin hogar radica en la complementación o refuerzo de los servicios tradicionales de atención a las personas sin hogar con profesionales –a dedicación completa o a dedicación parcial– especializados en la atención de los problemas de salud mental.

Con ese objeto, resulta cada vez más frecuente la existencia de pisos, centros de día o albergues que cuentan entre sus servicios con médicos o personal de enfermería especializado en la identificación y el tratamiento de patologías psiquiátricas. A menudo, la complementación de los servicios se realiza de forma externa, a través de redes de colaboración con entidades u organismos especializados en la prestación de este tipo de servicios.

4.3.6. Tutelas, gestión de casos y acompañamiento individualizado

Uno de los aspectos que en mayor medida se enfatizan a la hora de describir las tendencias de innovación y de buena práctica en la atención a personas sin hogar es la introducción de sistemas de tutela, acompañamiento y gestión de casos que permitan un seguimiento individualizado de las necesidades, la situación y la evolución de las personas sin hogar. Tales sistemas han sido también aplicados en el ámbito específico de la atención a las personas sin hogar que presentan problemas de salud mental, buscando una implicación activa, permanente y proactiva por parte de esos tutores, acompañantes o gestores de casos. Por ello, a menudo se ha tendido a trascender de la figura típica del gestor de casos –que en ese sentido correspondería aquí al trabajador social o el médico responsable del tratamiento– para desarrollar otras fórmulas más ‘blandas’ de tutela y acompañamiento, a través de voluntarios

En el Reino Unido, en ese sentido, se han desarrollado en algunos servicios la figura del ‘trabajador de enlace’, que actúa como puente o referente entre los servicios de salud y la persona sin hogar, generalmente a partir de una entidad proveedora de servicios sociales o de vivienda con apoyo a las personas sin hogar. También se ha puesto en práctica en ese país la figura del ‘*care navigator*’, responsable de acompañar a las personas sin hogar y con enfermedad mental en sus relaciones con el sistema de salud y de mediar entre el usuario y los profesionales, si resulta necesario, así como de velar por el cumplimiento del tratamiento. A menudo, estos trabajadores de enlace son los propios trabajadores de los equipos de intervención de calle, albergues o centros de día, que asumen esta función de mediación, de forma más o menos implícita, entre sus tareas. En otras ocasiones, esta figura se establece de forma más explícita y se asigna a una persona en concreto para realizar esta labor de mediación con el sistema de salud.

North Dublin Befriender Project: una experiencia de tutela informal

El North Dublin Befriender Project es un servicio prestado por voluntarios específicamente formados y orientado a personas que padecen o han padecido una enfermedad mental, y se encuentran en situación o riesgo de exclusión social. Se asigna a cada usuario/a del programa una persona voluntaria, con la que establece una relación personal de apoyo, seguimiento, tutela o acompañamiento, siempre desde el respeto a los deseos y las necesidades de la persona usuaria y con el objetivo final de contribuir a su proceso de integración social.

La filosofía del proyecto se basa en la necesidad de ampliar las redes sociales de relación de las personas con enfermedad mental y, al mismo tiempo, de posibilitar un seguimiento y apoyo continuo, en los casos en los que los referentes profesionales son poco accesibles, están saturados, no existen o no tienen la capacidad de establecer el vínculo necesarios con la persona atendida. Además de realizar esa labor de acompañamiento, uno de los objetivos de estos tutores informales es el de facilitar el acceso de las personas atendidas a los servicios sociales, culturales y sanitarios de la comunidad.

4.3.7. Alternativas residenciales y vivienda con apoyo

Al margen de que padezcan o no una enfermedad mental, la principal necesidad de las personas sin hogar es, al menos en primera instancia, la de disponer de una vivienda o de un alojamiento estable y adecuado. Desde ese punto de vista, los programas residenciales y los de vivienda con apoyo constituyen el principal elemento en el continuo de atención a las personas sin hogar. En el ámbito específico de las personas sin hogar con enfermedad mental se han desarrollado iniciativas de alojamiento que tienen en cuenta la necesidad de ofrecer servicios de apoyo adicionales y/o que, dadas sus necesidades específicas (trastornos de conducta, etc.) se dirigen únicamente a personas con este perfil.

Un ejemplo de este enfoque sería el centro residencial para personas sin hogar con graves problemas de adaptación de Betoño, de 21 plazas, promovido por una entidad privada y apoyado económicamente por el Gobierno Vasco y la Diputación Foral alavesa. También corresponden a esta línea de acción los servicios residenciales específicos enmarcados en los programas integrales de atención a personas sin hogar con enfermedad mental, como el SIPREMI de Madrid.

Al margen de la conveniencia de crear centros residenciales específicos para estas personas (y, en general, para personas con enfermedad mental con grave deterioro, problemas de conducta y/o en situación de exclusión social severa), también resulta necesaria la puesta en marcha de servicios de vivienda con apoyo no específicamente orientados a este perfil, pero capaces de integrar en sus servicios los apoyos específicos que estas personas requieren. Un buen ejemplo

de esta línea de acción es la enmarcada en los programas de *Housing First* desarrollados en los Estados Unidos.

El modelo 'Primero, Vivienda' (*Housing First*)

En los últimos años se ha desarrollado en Estados Unidos en el contexto de los servicios residenciales de atención a las personas sin hogar un enfoque denominado '*housing first*' o 'Primero, vivienda' que se basa en el principio de que cualquier intervención con personas sin hogar debe ir precedida y acompañada de un alojamiento estable. Lo primero, viene a decir este enfoque, es ofrecer un alojamiento a la persona sin hogar, en la medida en que disponer de un alojamiento digno constituye un prerrequisito imprescindible para la realización de cualquier tipo de intervención. El enfoque, especialmente orientado a personas sin hogar que presentan otras problemáticas sociosanitarias adicionales, se caracteriza también por establecer niveles bajos de exigencia en las primeras fases de acceso al programa, con lo cual se permite el acceso a los mismos a personas que rechazan iniciar un tratamiento psiquiátrico, mantienen consumos de drogas, etc.

Este enfoque ha sido adoptado en numerosos planes de acción desarrollados por las autoridades locales norteamericanas en sus estrategias y planes para el abordaje del sinhogarismo. Por lo general, los servicios residenciales suelen ser prestados en viviendas ordinarias y se complementan con servicios de tratamiento psiquiátrico ambulatorio y servicios sociales de apoyo.

Algunas evaluaciones de este enfoque han puesto de manifiesto buenos resultados en cuanto a la estabilidad residencial de los usuarios de estos programas, aún en el caso de personas que hasta el momento podían ser consideradas como 'crónicas' en el sistema de atención a las personas sin hogar. Las evaluaciones parciales realizadas también señalan un coste menor en relación a las formas tradicionales de provisión de servicios y destacan la efectividad a largo plazo de este tipo de enfoques.

4.3.8. Intervención socioeducativa y rehabilitación psicosocial

Fundamentalmente en los Estados Unidos, se han desarrollado en los últimos años algunas experiencias específicas de intervención socioeducativa con personas sin techo y con enfermedad mental, a partir del modelo de *life skills* o habilidades para la vida. Se trata de programas en los que se fomenta la adquisición de habilidades para la vida autónoma y que –frente a los programas de rehabilitación psicosocial para las personas con enfermedad mental en general– se dirigen de forma específica a las personas sin hogar, teniendo en cuenta sus necesidades específicas y su situación particular. Tales programas tienden a formar parte de proyectos más amplios, de carácter integral, y se combinan fundamentalmente con otros de realojamiento o vivienda con apoyo.

4.3.9. Sistemas de coordinación

Si bien no se trata de servicios directamente prestados a las personas sin hogar con enfermedades mentales, cabe destacar como una línea interesante de trabajo los esfuerzos realizados para la mejora de la coordinación entre los diversos agentes que intervienen en el tratamiento de una persona sin hogar. Aunque esos sistemas se refieren al conjunto de personas sin hogar, se han desarrollado especialmente en relación a las personas con patología dual o necesidades múltiples, entre las cuales se cuentan las personas sin hogar con enfermedad mental.

Un ejemplo de aplicación de este tipo de estrategias son los llamados *paneles de valoración multi-agencia*. Se trata de reuniones periódicas, de carácter formal, en las que participan representantes de todas las entidades que están interviniendo con una misma personas –entre ellas, los servicios responsables del su tratamiento psiquiátrico– en las que se transmite toda la información relevante sobre la persona atendida, se valora su evolución, se consensúan los criterios del tratamiento, etc.

4.4. Valoración

En este capítulo se han recogido, de forma breve, algunas medidas y estrategias puestas en marcha en diversos países de nuestro entorno para la mejora de los servicios de salud mental orientados a las personas sin hogar. Se trata en general de medidas de muy distinto calado; algunas hacen referencia a estrategias integrales de coordinación y otras a la prestación de servicios muy específicos, que formarían parte, junto a otros servicios, de estrategias más amplias. Responden además a concepciones distintas –aunque no necesariamente antagónicas o incompatibles– de lo que debe ser la atención a las personas sin hogar con enfermedad mental, ya que en algunos casos pasan por una adaptación de la red ordinaria de salud mental a las necesidades de estas personas y en otros por el refuerzo de los servicios especializados y por la prestación de cuidados de salud mental en los centros de atención a las personas sin hogar.

La gravedad de los problemas que padecen las personas sin hogar con enfermedad mental, así como su multiplicación en los últimos años y la carga añadida que suponen para la red de servicios, hacen aconsejable la adopción en Gipuzkoa de una estrategia que aborde esta

problemática de forma integral. A la luz de las experiencias desarrolladas en otros países, esta estrategia debería apoyarse en cuatro ejes fundamentales:

- Adaptación de la red de atención mental comunitaria, de forma que puedan atender a un mayor número de personas sin hogar y con enfermedad mental, y que intensifiquen sus relaciones de colaboración con los centros de atención a las personas sin hogar.
- Creación de equipos de intervención psiquiátrica de calle.
- Refuerzo en esta materia de los servicios de atención a las personas sin hogar, ya sea en colaboración con la red de salud mental comunitaria, ya sea mediante el recurso a profesionales propios o a profesionales de la red de salud mental especializada.
- Creación de una red de pisos, mini residencias o residencias especialmente orientada a las personas sin hogar con problemas severos y crónicos de enfermedad mental y con trastornos de conducta.

El objeto de esta estrategia es triple: permite, por una parte, reforzar la red ordinaria de salud mental y que la población sin hogar pueda ser atendida, con los recursos y las condiciones necesarias, en este tipo de centros. Permite además el refuerzo de los centros que habitualmente trabajan con estas personas y ofrece, para los casos de mayor deterioro, una fórmula de tratamiento residencial de carácter intensivo.

4.5. Bibliografía

Ararteko. *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave/ Etxerik gabe eta bazterkeria larrian dauden pertsonen premiei emandako erantzuna*. Vitoria-Gasteiz, Ararteko, 2006, pp. 361, 351.

Burt, M.R. y Anderson, J. *AB2034 program experiences in housing homeless people with serious mental illness*. Washington, Corporation for Supportive Housing, 2005, 33 pp.

Cáritas Gipuzkoa. *Estudio de las personas con enfermedad mental atendidas en los centros y fundaciones de Cáritas/ Gaixotasun mentala edukita Caritas-eko zentro eta fundazioetan artatu dituzten pertsonen azterketa*. Donostia-San Sebastian, Cáritas Gipuzkoa, 2005, pp. 36.

Chauvin, P. y Europromed Working Group (eds.). *Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe*. Oxford, Ios Press, 2002, pp. 198.

Consejería de Servicios Sociales. *Guía de servicios sociales 2006*. Madrid, Comunidad de Madrid, 2007, pp. 454.

Craig, T. et al. (ed.). *To live in health and dignity. European report of study & action project in promotion of mental health & social reinsertion for disadvantaged people*. Bruselas, Mental Health Europe, 2002, 62 pp.

Croft-White, C. y Parry-Crooke, G. *Lost voices: the invisibility of homeless people with multiple needs*. Crisis, 2004, pp. 57.

Estébanez, P. (ed.). *Exclusión social y salud: balance y perspectivas*. Serie: Antrazyt, nº 179. Barcelona, Icaria, 2002, 262 pp.

FEANTSA. *Informe anual europeo 2006. El derecho a la salud es un derecho humano: garantizar la atención sanitaria a las personas que son sin techo*. Bruselas, FEANTSA, 2006, 52 pp.

Gizaide Fundazioa. *Enfermos mentales sin hogar en Gipuzkoa*. Donostia-San Sebastián, Idatz, 1998, 143 pp.

Good practices for combating social exclusion of people with mental health problems. A collection from ten EU member states resulting from mental health Europe's Transnational Exchange Project 2005-2007. Bruselas, Mental Health Europe, 2007, 132 pp.

Gorton, S. *Guide to models of delivering health services to homeless people*. Londres, Crisis, 2003, 54 pp.

Griffiths, S. *Addressing the health needs of rough sleepers*. Londres, Office of the Deputy Prime Minister, 2002, 15 pp.

Helfrich, C.A. y Fogg, L.F. Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness. *Journal of Primary Prevention*, vol. 28, 2007, pp. 313-326.

Herman, D. Critical time intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *Journal of Primary Prevention*, vol. 28, 2007, pp. 295-312.

Informe anual-Estado Español. Salud y Sinhogarismo. Bruselas, Feantsa, 2006, pp. 20.

Informe anual sobre la vulnerabilidad social 2006. Madrid, Cruz Roja Española, 2007, pp. 371.

Mares, A.S. y Rosenheck, R.A. One-year housing arrangements among homeless adults with serious mental illness in the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, vol. 55, nº 5, 2004, pp. 566-574.

Mental Health Foundation. *The mental health needs of homeless young people. Bright futures working with vulnerable young people*. Londres, Mental Health Foundation, 2002, 74 pp.

Morrissey, J.P. et al. Integration of service systems for homeless persons with serious mental illness through the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, vol. 55, nº 8, 2002, pp. 949-957.

Muñoz, M. et al. *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Serie: Colección de Caja Madrid de Investigación Social. Madrid, Caja Madrid, Ediciones Témpera, 2003 391 pp.

Quilgars, D. y Pleace, N. *Delivering health care to homeless people: an effectiveness review*. York, University of York, 2003, 90 pp.

Taylor, H. et al. Organizational issues facing a voluntary sector mental health service for homeless young people. *Journal of Integrated Care*, vol. 15, nº 1, 2007, pp. 37-47.

Randall, G. et al. *Getting through. Access to mental health services for people who are homeless or living in temporary or insecure accommodation. A good practice guide*. Londres, Department of Health, 2007, pp. 89.

Randolph, F. et al. Overview of the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, vol. 53, nº 8, 2002, pp. 945-948.

Rosengard, A. et al. *A literature review on multiple and complex needs*. Edinburgh, Scottish Executive Social Research, 2007, pp. 151.

Social Exclusion Unit. *Action on mental health. A guide to promoting social inclusion*. Londres, Office of the Deputy Prime Minister, 2004, pp. 103.

Stefancic, A. y Tsemberis, S. Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention*, vol. 28, 2007, pp.265-279.

Tronchoni, M. y Aparicio, V. (comps.) Salud mental y población sin hogar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3, nº 2, 2003, 95 pp.

Varios autores. Homelessness and mental illness. *Journal of Primary Prevention*, vol. 28, nº 3-4, 2007, pp. 206.

4.6. Páginas Web

<http://www.feantsa.org>

<http://www.crisis.org.uk>

<http://www.euskalnet.net/avifes>

<http://www.homelesspages.org.uk>

<http://www.shelter.org.uk>

<http://www.homeless.org.uk>

<http://www.mentalhealth.org.uk>

<http://www.mhe-sme.org/site/index.htm>

<http://www.mindout.net>

<http://www.nrchmi.com>

5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE LLEGAN A MAYORES

5.1. Introducción

Hace veinte años, encontrar personas con discapacidad intelectual que hubieran llegado a una edad avanzada era relativamente excepcional; hoy, en cambio, es cada vez más frecuente. El aumento de la esperanza de vida en este colectivo refleja, hasta cierto punto, el incremento general de la longevidad que vienen disfrutando las sociedades occidentales en las últimas décadas, un incremento propiciado por la disminución de las guerras, las mejoras de la alimentación y los tratamientos médicos, y la adopción de hábitos saludables, como causas principales. Pero en el caso de las personas con discapacidad intelectual, ese cambio –quizá más notorio y acelerado que el global– obedece también a un mejor conocimiento de las diferentes discapacidades, lo que ha hecho posible prevenir y tratar patologías que, hasta fechas muy recientes, causaban una muerte prematura.

Las necesidades de las personas con discapacidad que llegan a mayores vienen marcadas, en principio, por una doble vulnerabilidad, derivada, por un lado, de la discapacidad y, por otro, del deterioro biopsíquico ligado al envejecimiento. A esto habría que añadir las consecuencias negativas del fin de la actividad laboral de quienes hayan alcanzado una integración previa en el mercado de trabajo. No obstante, es erróneo concebir a estas personas como un colectivo

homogéneo cuando, por el contrario, se caracteriza por la diversidad de necesidades sociosanitarias, que exige un especial esfuerzo por personalizar la atención.

Esa pluralidad de situaciones es consecuencia, en buena medida, de la dificultad de establecer una edad que marque la frontera entre la madurez y la senectud en este grupo social¹⁶. En la década de 1980, se pensaba que todas las personas con discapacidad envejecían antes y más rápido, pero las investigaciones demográficas han descartado esta idea. Como regla general, se admite, en cualquier caso, que, a mayor grado de discapacidad intelectual y problemas añadidos, antes se manifiestan los signos del envejecimiento. De la misma forma, la calidad de vida previa –desarrollo personal, inserción laboral, relaciones sociales satisfactorias, hábitos saludables, seguimiento médico– condiciona de forma notable el grado de autonomía durante la vejez. Puestos a fijar un punto de inflexión, los expertos hablan de los 45 ó 50 años para las personas con síndrome de Down o limitación mental grave, mientras que, entre quienes presentan una discapacidad leve o moderada y no muestran patologías asociadas, puede pensarse que el declive se pospone hasta superados los 60 ó 70 años. En estos casos, es probable que ni el proceso de envejecimiento ni la esperanza de vida difieran sustancialmente del conjunto de la ciudadanía, aunque sí que aparezcan o se agudicen algunos problemas de conducta.

En general, cuando envejecen, las personas con discapacidad intelectual manifiestan trastornos físicos y psíquicos similares a los del resto de la población, pero con mayor frecuencia. Mención aparte requieren las patologías asociadas a determinados síndromes, o que resultan de la lesión cerebral que originó la discapacidad. Por ejemplo, el síndrome de Down –el más estudiado– se caracteriza por el envejecimiento prematuro, una alta prevalencia del Alzheimer (que se suele desarrollar con rapidez) y una esperanza de vida entre diez y veinte años inferior de la registrada en el resto de personas con discapacidad intelectual.

Lógicamente, el estado de salud de cada individuo va cambiando a lo largo del proceso de envejecimiento, lo que determina el tipo e intensidad de la ayuda que requerirá en cada momento. En cualquier caso, es preciso señalar que el eventual recorte de la autonomía se produce al mismo tiempo que una menor disponibilidad de cuidados informales. Dado que la mayor parte de este colectivo es atendido por sus propios progenitores –en especial, por las madres–, el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual a menudo coincide con el de sus cuidadores, que, a su vez, también precisarán de asistencia sociosanitaria. Esto pone de mani-

¹⁶ Tampoco existe una línea clara para el resto de la ciudadanía, pues el envejecimiento se define hoy como un proceso individualizado, en el que confluyen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Con todo, en lo que concierne a este colectivo, fijar límites resulta particularmente complicado.

fiesto las limitaciones del cuidado informal y la exigencia de un marcado enfoque comunitario en la intervención. Alerta también sobre la posibilidad de que personas con discapacidad residentes en sus propias casas y que han podido estar adecuadamente atendidas en servicios de atención diurna –ocupacionales o de empleo especial, por ejemplo–, comiencen a precisar atención residencial o, al menos, una atención domiciliaria sustancialmente más intensa.

Junto con el deterioro corporal y mental, la jubilación es el otro hito que marca el paso a la vejez. Para las personas con discapacidad intelectual que han conseguido un puesto de trabajo –sobre todo si es en un entorno integrado– significa mucho en términos de motivación, relaciones sociales, y autonomía personal y económica.

Como puede verse, el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual guarda numerosas semejanzas con el de cualquier otra persona. Sin embargo, también presenta singularidades propias, que lo configuran, además, como un factor potencial de exclusión social. A los elementos ya señalados cabe añadir el hecho de que las personas con discapacidad intelectual no siempre alcanzan a comprender y aceptar las transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y asistenciales que conlleva (o puede conllevar) esta fase del ciclo vital, lo cual puede repercutir negativamente en su estado de salud. Las familias, por su parte, a menudo asisten a ese proceso desconcertadas ante los cambios de conducta que observan en las personas con discapacidad, y preocupadas por la atención que se les ofrecerá cuando el cuidado informal mengüe o cese.

Por todo ello, desde la perspectiva de los servicios sociosanitarios, el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual constituye un importante reto, que pone en evidencia al menos tres debilidades del sistema del bienestar: la lentitud con la que reacciona ante nuevas realidades sociales, la escasa articulación entre el espacio social y el sanitario, y la existencia de discursos opuestos en torno a este tema.

La primera dificultad reside, pues, en la necesidad de responder de manera rápida y eficaz a un fenómeno cuya magnitud y veloz desarrollo no se habían previsto. En este caso, la inercia propia del sistema se ha visto reforzada por la escasez de estudios sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, un área de conocimiento todavía muy reciente y que se encuentra muy fragmentada, sin que apenas se haya elaborado un corpus que reúna las aportaciones realizadas por distintas disciplinas.

La segunda dificultad, por su parte, estriba en coordinar la intervención de servicios sociales y servicios sanitarios. Si bien este problema no es exclusivo de este colectivo, adquiere aquí una relevancia especial, en la medida en que pocos profesionales del área de discapacidad están familiarizados con aspectos como la demencia, y, a la inversa, la discapacidad intelectual es poco conocida entre quienes se dedican a la atención geriátrica.

Muy vinculada con este desconocimiento mutuo está la confluencia en este colectivo de dos discursos contrarios entre sí. Como señala Chauvin (2003), en el ámbito de la discapacidad, predomina el modelo socioeducativo, que aboga por reforzar capacidades y promover la autonomía personal. El campo de la gerontología, por el contrario, está dominado en buena medida por un modelo médico, que incide en el declive corporal y en la disminución de la actividad de las personas a medida que se hacen mayores. Esta contradicción entre un enfoque centrado en el acompañamiento y otro centrado en la pérdida puede devenir en intervenciones incoherentes, como que a una persona con discapacidad intelectual que ha sido educada en la autonomía, al llegar a cierta edad, se la empieza a tratar como un sujeto incapaz de decidir sobre su futuro.

5.2. Características básicas del colectivo

El conocimiento de las personas con discapacidad intelectual que llegan a mayores es todavía insuficiente, en buena parte, debido a las características de las fuentes estadísticas disponibles. La más específica, la Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud (INE, 1999), abarca en su muestra a todas las personas con discapacidad, por lo que los datos referidos a quienes presentan discapacidad intelectual no siempre cuentan con la fiabilidad deseable. Además, la última edición publicada de este estudio fue elaborada hace casi diez años y se centra en la población que vive en hogares. Otras encuestas, como la Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros (Eustat, 2005) o la Encuesta de Condiciones de Vida (Eustat, 2004), ambas referidas a la CAPV, ofrecen también algunas informaciones sobre este colectivo, aunque bastante limitadas, dado que las personas con discapacidad no constituyen su objeto de estudio principal. Una carencia común a las tres estadísticas señaladas es que los datos casi nunca aparecen segregados en virtud del momento en que aparece la discapacidad, de manera que, entre la población mayor, es difícil saber quiénes han adquirido esa discapacidad debido al envejecimiento y quienes la presentaban antes de llegar a determinada edad.

Con todo, las tres fuentes citadas¹⁷ permiten trazar algunas pinceladas sobre el perfil sociodemográfico de la población con discapacidad intelectual que ha envejecido. En Euskadi¹⁸, se calcula que hay alrededor de 22.000 personas con alguna deficiencia o grave trastorno mental. La mayoría (20.365) reside en hogares, y, en este subgrupo, algo más de la mitad (54,6%) tiene más de 44 años. La distribución de este colectivo por edades y género se detalla en la tabla siguiente:

Tabla 16. Población con deficiencias o graves trastornos mentales residente en hogares. Cifras absolutas y prevalencia por cada mil habitantes. CAPV, 2004

Edad	Población			Prevalencia (‰)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
45-54	1.127	1.204	2.332	7,6	8,1	7,8
55-64	955	1.388	2.343	7,7	10,9	9,3
65-74	371	1.294	1.665	3,8	11,1	7,8
75-84	816	1.274	2.090	16,3	15,0	15,5
> 84	867	1.818	2.685	84,5	85,1	84,9
Total	4.136	6.978	11.114	9,6	14,0	12,0

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (Eustat, 2004).

Cuatro de cada diez personas de este colectivo (40,9%) vive en familia extensa; el 23,9%, lo hace en pareja con hijos; el 17,4% en hogares sin núcleo; el 9,7%, en pareja sin hijos; y el 8% encabeza familias monoparentales (ibidem).

Además, se calcula en 1.427 el número de personas con discapacidad psíquica que están institucionalizadas, lo que supone el 86,3% del total de personas con discapacidad que viven en residencias (ESSEC, 2005). Por grupos de edad, la distribución es como sigue:

¹⁷ De aquí en adelante, cuando se mencionen estas encuestas, se utilizarán sus siglas: ESSEC para la Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros; y ECV para la Encuesta de Condiciones de Vida.

¹⁸ Aunque estas fuentes presentan los datos por territorios históricos, las diferencias observadas entre éstos no se consideran fiables, ya que, en gran medida, pueden deberse al pequeño tamaño de la muestra.

**Tabla 17. Población con discapacidad (física y psíquica) que vive en residencias.
Cifras absolutas. CAPV, 2005**

Edad	Población		
	Hombres	Mujeres	Total
< 15	13	5	18
15-24	84	61	144
25-34	200	213	412
35-64	575	481	1.056
> 64	13	10	23
Total	884	769	1.653

Fuente: elaboración propia a partir de la ESSEC (Eustat, 2005)¹⁹.

Junto con estas encuestas que tratan de describir en su conjunto a las personas con discapacidad intelectual de edad avanzada, en los últimos años, se han publicado interesantes estudios sobre el perfil y las necesidades de muestras más pequeñas, correspondientes a los usuarios de determinados servicios [León, 2006; Millán, 2006, 2003; Millán *et al.* (2006); Rodríguez *et al.* 2003].

Aunque el conocimiento sobre este grupo social es todavía deficitario, las investigaciones realizadas permiten hacerse una idea de las carencias y riesgos de exclusión que presenta. Así, el envejecimiento satisfactorio de estas personas exige, por encima de todo:

- Prevenir todas aquellas circunstancias que puedan afectarles de manera negativa en ese proceso.
- Detectar los síntomas seniles tan pronto como aparecen.
- Planificar de manera correcta los apoyos que sean necesarios en cada momento.

Otro principio que debe guiar la asistencia a este colectivo es la prioridad de los cuidados comunitarios sobre los residenciales, de modo que, con la debida asistencia, la persona pueda permanecer en su domicilio tanto tiempo como sea posible. Además, una intervención de calidad debe considerar los deseos y preferencias tanto del usuario –en la medida que sea posible– como de su familia. En este sentido, es muy importante ayudar a la persona con discapacidad mayor a que comprenda la etapa vital en que se encuentra y garantizarles tanto a ella como a sus familiares que recibirán la ayuda más adecuada en cada momento. Se imponen, pues, planes de apoyo personalizados y flexibles, donde se especifiquen los recursos que estas personas puedan necesitar en sus últimos años.

¹⁹ Si bien la muestra empleada no permite obtener información fiable sobre la población con discapacidad intelectual, estas cifras pueden considerarse bastante representativas de este colectivo, en la medida en que sólo 1,3 de cada diez usuarios de estas residencias presenta alguna discapacidad física.

La asistencia debe cubrir todas las facetas de la vida. En el ámbito laboral también se requieren fórmulas que faciliten el tránsito hacia la vejez, como el descenso progresivo del ritmo de trabajo o los programas de preparación para la jubilación. De la misma manera, resulta indispensable garantizar pensiones dignas a quienes no hayan logrado cotizar los 35 años que dan derecho al cobro íntegro de aquellas. En el terreno del tiempo libre, se requieren actividades de ocio en medio abierto que les ofrezcan oportunidades para extender sus redes sociales y participar en todas las esferas de la vida social.

Desde una perspectiva más amplia, urge mejorar la formación de los distintos profesionales que atienden a este colectivo, ya que, en la medida en que compartan un conocimiento común, serán capaces de brindar un apoyo más coordinado. Finalmente, hay que subrayar la importancia de continuar avanzando en la investigación en este campo, que, en último término, identificará las necesidades de este colectivo y las respuestas más eficaces que se les puede dar desde los servicios sociosanitarios.

5.3. Recursos sociales

Como ha podido observarse, las necesidades de las personas con discapacidad intelectual que han llegado a mayores no difieren demasiado de las de las personas mayores. En consecuencia, la tipología de recursos asistenciales coincide, básicamente con la dirigida a este último grupo social, por lo que no se ahondará en esta cuestión.

Al hilo de esta confluencia, surge el debate entre servicios 'generalistas' y 'especializados', es decir, si las personas con discapacidad intelectual mayores pueden ser atendidas por los mismos servicios de que dispone la población mayor en su conjunto o si es preferible diseñar servicios específicos. En lo que a soluciones de alojamiento se refiere, los estudios disponibles apuntan a que, tanto en las residencias para personas con discapacidad intelectual como en las residencias para ancianos, pueden darse falta de sintonía entre los deseos y las necesidades entre las personas con discapacidad intelectual de edad avanzada y el otro grupo con el que convive, ya sean personas con discapacidad intelectual más jóvenes o personas mayores²⁰. Si

²⁰ Algo similar sucede en otros ámbitos. En el del tiempo libre, Doñoro [referencia] (2004, p. 68) alude a los fracasos registrados en Navarra por integrar a las personas con discapacidad intelectual mayores en los clubes de jubilados, debido al rechazo de sus miembros.

negar la importancia de esta cuestión, ha perdido mucho peso, ya que en la Unión Europea se tiende a una creciente personalización de servicios.

A continuación, se comentará brevemente las políticas sociales de dos países de nuestro contexto. El caso de Suecia, donde los servicios sociales no se organizan en torno a colectivos, sino a necesidades, es paradigmático de la personalización antes citada. Francia, por su parte, se ha escogido por la atención mostrada a este colectivo, cuya asistencia, además, ha sido objeto de reformas recientes.

5.3.1. Suecia

El tratamiento que el sistema de servicios sociales sueco brinda a las personas con discapacidad intelectual que llegan a mayores refleja dos rasgos muy característicos de dicho sistema: el alto grado de descentralización organizativa y la tendencia a la individuación de los servicios. Por lo que al primer elemento se refiere, las competencias en materia de bienestar social recaen en manos de los Ayuntamientos, quienes gozan de gran autonomía a la hora de planificar los recursos. No existe, pues, un catálogo mínimo de servicios que deban estar disponibles en todos los municipios, y lo ofrecido varía de una localidad a otra. En cambio, sí hay normativas estatales sobre los requisitos básicos que deben cumplir determinados servicios. Por ejemplo, de acuerdo con dichas normas, las residencias deben contar con un número de plazas reducido, ya que se entiende que de esa forma se presta una atención más personalizada.

La preferencia por individualizar la intervención²¹ es, precisamente, el segundo factor que define la política social dirigida al colectivo al que se dedica este informe. Lejos de ofrecer soluciones estandarizadas, se buscan respuestas lo más ajustadas posibles a sus necesidades particulares y priman la variedad y la flexibilidad en las fórmulas de cuidado. Así, en materia residencial, los centros especializados en personas con discapacidad intelectual mayores escasean, mientras que el recurso a centros para personas con discapacidad o para personas mayores – previa adaptación de los servicios a las necesidades concretas de cada caso – son habituales. El sistema también contempla la posibilidad de asistencia domiciliaria.

²¹ En la literatura anglosajona, este enfoque recibe el nombre de *user centred planning*.

5.3.2. Francia

A diferencia de lo sucedido en otros países, el envejecimiento progresivo de las personas con discapacidad ha suscitado el interés de la clase política gala y, como consecuencia, se han elaborado informes, recomendaciones oficiales y leyes para afrontar este desafío. Las iniciativas más reseñables de los últimos años son un dictamen del *Haut Conseil de la Population et de la Famille*, y la Ley 2005-102.

En 2002, el mencionado consejo propuso una serie de principios que deberían orientar la protección social de estas personas. Entre ellos, destacan:

- La adaptación de los recursos a las necesidades de cada persona, de manera que esta pueda elaborar su propio proyecto vital.
- El reconocimiento del derecho de estas personas a elegir su modo y lugar de residencia y actividad. Esto incluye la posibilidad de continuar en su entorno, siempre que se solicite y se juzgue conveniente.
- La necesidad de compensar las consecuencias de la discapacidad en la vida social.

En el plano legal, hay que señalar los importantes cambios introducidos por la Ley para la Igualdad de Derechos, Oportunidades, Participación y Ciudadanía de las Personas con Discapacidad (ley 2005-102). En primer lugar, la norma crea una nueva instancia administrativa departamental, la *Maison Départementale des Personnes Handicapées*, destinada a servir de ventanilla única descentralizada adonde estas personas pueden dirigirse en busca de información y asesoramiento.

Una segunda novedad supone algunas mejoras en las prestaciones destinadas a este colectivo. Antes de su entrada en vigor, el acceso a determinadas ayudas estaba condicionado por la edad: a partir de los 60 años, perdían el derecho de cobrar la prestación compensatoria por discapacidad (PCH) y la de adultos con discapacidad (AAH); a cambio de esta última, podían solicitar una renta mínima garantizada de vejez (*mimumum vieillesse*), pero con el cambio perdían entre el 17% y el 29% de la base de la AAH. Además, disponían de menos ayudas para entrar en las residencias de ancianos y, una vez dentro, debían acogerse al régimen de protección de las personas mayores, menos beneficioso. Con el fin de crear mecanismos que facilitaran el acceso a estas residencias, la mencionada ley establece la posibilidad de que los usuarios con discapacidad en residencias de ancianos conserven, bajo ciertas condiciones, el régimen de

ayudas sociales de las personas con discapacidad. Asimismo, en cinco años se propone borrar todas las distinciones entre personas con discapacidad en función de su edad.

Informes posteriores a la aprobación de la ley (Blanc, 2006, 2007) apuntan, a medio y largo plazo, hacia una convergencia entre los dispositivos de atención a la dependencia y a la discapacidad, debido al elevado coste que puede generar una asistencia 'universal' a las personas con discapacidad, al margen de su edad. En esta línea, se propone:

- Favorecer el acercamiento, a escala local, de las instituciones y dispositivos de los dos ámbitos.
- Preparar referencias clasificatorias e instrumentos de evaluación comunes.
- Caminar hacia la armonización de las prestaciones, los servicios y sus tarifas.
- Ir pensando en nuevas formas de financiación del sistema, por ejemplo, mediante la puesta en marcha de seguros individuales o colectivos para hacer frente a la pérdida de autonomía ligada al envejecimiento.

5.4. Experiencias de interés

Los servicios y programas específicamente orientados a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada no abundan. Por una parte, debe tenerse en cuenta que se trata de un colectivo bastante 'nuevo' para los servicios sociales. Además, con frecuencia se opta por cubrir sus necesidades con recursos que abarquen a colectivos más amplios en los que estas personas también se encuentran incluidas, como las personas con discapacidad intelectual o las personas mayores.

La selección de prácticas que aquí se presenta recoge dos dirigidas sólo a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada y otras dos en las que éstas comparten recursos con las personas con discapacidad intelectual más jóvenes o con las personas dependientes. Se ha valorado la novedad de las propuestas y se ha procurado que estuvieran representadas las diferentes necesidades que presenta este colectivo, como atención sociosanitaria, tránsito al retiro laboral y ocio. Asimismo, se muestran experiencias de carácter más instrumental, como herramientas que facilitan la intervención en caso de urgencia o estrategias para acercarse a esas personas con el fin de conocer de primera mano sus necesidades y informarles sobre los recursos a su alcance. La mayoría de prácticas tienen como destinatarias a las personas con discapa-

cidad intelectual mayores, pero algunas se dirigen más bien a sus cuidadores informales, una pieza clave en la red de apoyo de este grupo social.

5.4.1. Programa de Envejecimiento de FEAPS (siete comunidades autónomas)

La Federación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) inició hacia 2005 un programa específico para atender las necesidades de las personas de más edad dentro del colectivo al que se dirige. En 2006, contó con un presupuesto total de 47.762 €²² y de él se beneficiaron directamente 340 personas, de las cuales 162 presentaban discapacidad intelectual.

Más que un programa en sí, es un marco programático, pues, partiendo de una filosofía común, las entidades participantes, de siete comunidades autónomas²³, tienen autonomía para desarrollar sus respectivos proyectos, adaptándolos al perfil y necesidades de sus usuarios. Los objetivos generales del programa son mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual de edad avanzada y dotar a las organizaciones que integran FEAPS de herramientas y recursos para trabajar con este colectivo. El programa se caracteriza por ser complementario de otros ya existentes, así como por su carácter integral, preventivo e individualizado.

Dentro de las posibles actividades, el programa considera prioritarias las que se enuncian a continuación, ordenadas, además, de acuerdo a la secuencia que se entiende como más apropiada:

- Investigación: recogida de datos sobre los usuarios potenciales de cada territorio.
- Diseño del plan de actuación individual
- Formación del voluntariado en aspectos relativos al envejecimiento.
- Realización de talleres para mantener o favorecer la autonomía personal.
- Puesta en marcha de actividades de ocio y vida social adaptadas.
- Prestación de servicios de asesoramiento jurídico-legal para personas con discapacidad intelectual y sus familias.

²² Se financia con cargo a los Presupuestos Generales del Estado (partida del 0,52% destinada a otros gastos de interés social).

²³ Galicia, Asturias, La Rioja, Aragón, Canarias, Región de Murcia y Comunidad Valenciana.

A pesar de su bajo presupuesto y su corta trayectoria, FEAPS considera que este programa ha resultado eficaz a la hora de responder a las necesidades planteadas y alcanzar sinergias con otros programas, especialmente en lo que se refiere a la edición de materiales y cursos formativos.

5.4.2. Taller adaptado en el centro ocupacional Granja San José (San Sebastián de los Reyes, Madrid)

La Granja San José²⁴ es centro ocupacional perteneciente a la Fundación Gil Gayarre, entidad privada adscrita a FEAPS Madrid. Cuenta con 115 plazas, de las cuales 110 son concertadas. En septiembre de 2004, y ante la demanda de los usuarios y sus familias, puso en marcha un taller adaptado a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada, cuyos objetivos fundamentales eran “prevenir y dar respuesta a las necesidades propias del proceso de envejecimiento de algunos de los usuarios del centro” (Fundación Gil Gayarre, 2006, pág. 467).

En 2006, en el taller participaban trece usuarios, de entre los 52 y los 78 años (la edad media era de 59,4 años), diez hombres y tres mujeres. El tamaño reducido del grupo permitía una ratio inferior a la habitual, lo cual, a su vez, hacía posible que se les ofreciera una atención adaptada al ritmo y capacidades de cada individuo. La adaptación de los usuarios al programa fue gradual y personalizada. Los usuarios que accedían al taller eran sometidos a una evaluación inicial. Una vez dentro, se llevaba a cabo un registro sistemático de las capacidades y necesidades de cada persona en las diferentes áreas, información que, una vez analizada, servía de base para el ajuste trimestral de la programación general del taller.

El equipo encargado del programa era multidisciplinario, y estaba compuesto por “una maestra, una cuidadora, servicio de psicología, una trabajadora social, fisioterapeuta, servicio médico y de enfermería y psiquiatría” (ib., p. 468). La metodología seguida era flexible y participativa. En sintonía con las recomendaciones de los expertos, la intervención tenía carácter global, con actividades que cubrían el desarrollo de habilidades (físicas, cognitivas, comunicativas, sociales), el cuidado personal, el conocimiento del entorno, el ocio y la cultura, la prevención sanitaria y el empleo (trabajos con manipulados).

²⁴ En la página electrónica del centro (<<http://www.gilgayarre.org/Web/cocupacionalsanjose.html>>) pueden consultarse más detalles sobre sus características y servicios.

El taller ha sido bien valorado por los usuarios y sus familias, y ha sido reconocido como una buena práctica por la FEAPS. A medio y largo plazo, se plantean fijar objetivos individuales para cada usuario, consensuados con éste y su familia.

5.4.3. Programa de ocio asistido de APDEMA (Álava)

La Asociación a favor de Personas con Discapacidad Intelectual de Álava (APDEMA) dispone desde 1999 de un programa de ocio asistido especialmente diseñado para personas con discapacidad intelectual mayores de 60 años. Los objetivos del programa son; responder al proceso de envejecimiento de manera individualiza; asegurar una estrecha relación entre los usuarios y la comunidad; y mantener la autonomía personal, las habilidades y los aprendizajes adquiridos, al tiempo que se estimulan otros nuevos.

Las actividades (deportivas, culturales, artísticas y de promoción social de la salud) se desarrollan de lunes a viernes, por las mañanas, con la ayuda de voluntarios que acompañan a los mayores. Tienen lugar tanto en entornos integrados (centros socioculturales, centros cívicos) como en los locales propios de la entidad.

Este programa complementa el destinado por ADPEMA a la población con discapacidad intelectual en general, que tiene lugar en los diferentes centros de tiempo libre que gestiona en Vitoria-Gasteiz, Amurrio y Llodio²⁵. En este programa intervienen tanto voluntarios como monitores titulados en tiempo libre. Estos últimos reciben una formación específica de un año de duración para ayudar a las personas con discapacidad a prepararse para el envejecimiento y la jubilación.

5.4.4. Apoyo a cuidadores mayores de personas con discapacidad intelectual (Inglaterra)

A lo largo de tres años, la *Foundation for People with Learning Disabilities* ha desarrollado un proyecto denominado *Older Family Careers Initiative* con el fin de identificar y satisfacer las necesidades de las personas mayores que cuidan de familiares con discapacidad intelectual en Ingla-

²⁵ Los horarios de apertura de estos centros son los siguientes: a) en Vitoria-Gasteiz, de 17'00 a 21'00 horas de lunes a viernes, y de 18'00 a 21'00 horas los fines de semana; b) en Amurrio y Llodio, de 17'00 a 20'00 horas los fines de semana.

terra²⁶. Esta iniciativa ha identificado y publicado una serie de buenas prácticas en la materia a escala municipal o de condado. A continuación, se reseñan algunas de ellas, agrupadas en tres categorías²⁷:

- Programas de detección de necesidades a través de visitas domiciliarias (Sheffield, Torbay y Shropshire): dentro de los servicios sociales, existen programas específicos que tratan de identificar y conocer mejor a los cuidadores (de cualquier edad), para lo cual, uno o varios técnicos se desplazan periódicamente a los domicilios de estas personas. La función principal de estas visitas es registrar los casos de cuidados informales a personas dependientes que se dan en la zona y mantener actualizada esa información, de manera que las necesidades detectadas sirvan de base para la planificación de servicios. Además, esta estrategia permite también dar a conocer los servicios y prestaciones disponibles, difundir el uso de protocolos de emergencia (véase más adelante), ofrecer apoyo y, en suma, estrechar lazos entre estas personas y los servicios sociales.
- Protocolos y herramientas de emergencia (Sheffield, Torbay y Shropshire): se han desarrollado un conjunto de procedimientos e instrumentos que facilitan que, cuando un cuidador sufre algún percance, los servicios sociosanitarios puedan intervenir con rapidez y garantizar una protección de calidad a las personas dependientes a las que cuidaban. En esta categoría se incluyen registros de información de diverso tipo, desde datos básicos (*careers emergency cards, grab sheets*) a documentos más largos que recogen las características, necesidades y gustos de las personas cuidadas (*life books*), así como protocolos de uso para que esos datos lleguen sin dilación a las personas o instituciones capaces de hacerse cargo de la personas dependiente.
- Alojamiento y atención de emergencia: el *Adult Placement Service* de la ciudad de Bolton ofrece: a) la posibilidad de que un cuidador profesional pernocte entre una noche y dos semanas en casa de la persona con discapacidad; b) un servicio (gratuito) de respiro de media tarde a la semana, tiempo en el que la persona mayor es atendida en su hogar o en una actividad fuera de casa; c) un servicio residencial flexible, que garantiza una habitación individual para cortos periodos de tiempo (hasta dos semanas), pero que, en determinadas circunstancias –por enfermedad de los cuidadores, o necesidad o

²⁶ En concreto, el programa se diseñó para asesorar a los Learning Disability Partnership Boards. Estos consejos (en los que participan representantes de los servicios sociales, sanitarios, educativos, de empleo, de vivienda, de desarrollo comunitario, de ocio, junto con las personas con discapacidad intelectual y familiares cuidadores) son los encargados de implementar a escala local los principios de *Valuing People*, el libro blanco que el Gobierno británico editó en 2001 como guía de la política sobre atención a la discapacidad intelectual.

²⁷ El objetivo de estas líneas es dar una visión general de estos servicios, programas y herramientas, y no hacer una descripción exhaustiva de las peculiaridades de cada uno de ellos en cada territorio.

deseo de más independencia por parte de la persona con discapacidad– puede alargarse. En este último caso, los detalles del alojamiento se preparan con antelación al acceso al recurso.

- Servicios de respiro y ocio asistido: junto a fórmulas más conocidas, como los grupos de ocio asistido para personas con discapacidad intelectual, destacan otras propuestas. Bath & North East Somerset cuenta con alrededor de 150 paquetes vacacionales para familias que incluyen asistencia para miembros con alguna discapacidad (de cualquier tipo). Mendip dispone de un programa para facilitar la incorporación de personas con discapacidad intelectual a actividades deportivas en medio abierto, mediante monitores que ofrecen ayuda discreta o acompañantes que asisten a la persona los primeros días que participa antes de decidir si la actividad es adecuada para ella. Por último, cabe reseñar el programa Crossroads de Sheffield, mediante el cual, un técnico municipal visita a la familia para estudiar sus necesidades de apoyo de respiro y ofrecerles soluciones ajustadas a su situación.

5.5. Valoración

Las características y necesidades de las personas con discapacidad intelectual de edades avanzadas aún no se conocen con el detalle de otros colectivos necesitados de apoyo. Por ello, la investigación constituye una clara prioridad en este momento. Junto con los estudios de prevalencia a gran escala, también hacen falta investigaciones en ámbitos más reducidos, tanto cuantitativas como cualitativas, que arrojen luz sobre las eventuales carencias que puedan afectar a estas personas y sus cuidadores. Asimismo, es necesario continuar los esfuerzos por buscar propuestas novedosas, por intercambiar información entre servicios y programas similares, por identificar buenas prácticas y por dar a conocer las que se producen en nuestro entorno más cercano.

En cuanto a los servicios sociales, su intervención en esta materia debe partir de principios bien conocidos, por estar vigentes también en los ámbitos más amplios de la discapacidad y la tercera edad:

- La prevención y la detección precoz de las necesidades.
- Una planificación personalizada y flexible, atenta a los ritmos y características del usuario, y que cuente con la opinión de estos y sus familiares.

- La permanencia en el entorno comunitario, facilitada por un amplio abanico de recursos de apoyo, entre los que destacan los servicios de respiro.
- La oferta complementaria de plazas residenciales, preferentemente con ratios personal/usuarios reducidos y una mayor oferta de plazas psicogeríatras.

Se trata, en suma, de poner los medios para que estas personas puedan participar de la manera más plena posible en la comunidad. Preparar las transiciones es fundamental. En el plano personal y sanitario, hay que fomentar los hábitos saludables y las revisiones periódicas, sin olvidar el apoyo que pueden requerir algunas personas para comprender su nueva situación. En el terreno ocupacional o laboral, se deben adaptar las actividades a la capacidad de cada individuo en cada momento y, si fuera necesario, ir allanado el camino hacia la jubilación. Ese paso puede ser traumático para muchas personas, porque supone romper rutinas y relaciones sociales, así como un riesgo notable de pérdida de poder adquisitivo, dada la precocidad de las jubilaciones y su consiguiente efecto sobre la cuantía de las prestaciones. El ocio se torna central en esta etapa y es preciso disponer de mecanismos –como los programas de acompañamiento– que aseguren el desarrollo de actividades de tiempo libre atractivas, variadas, seguras y lo más integradas en la comunidad que sea posible.

Para terminar, un par de recomendaciones sobre formación y sensibilización. De cara a la sociedad, convendría realizar campañas de concienciación que nos ayuden a entender, respetar y apoyar más a las personas con discapacidad intelectual de edad avanzada, una medida que podría llamar la atención también sobre las personas mayores en general, un colectivo a menudo menospreciado, cuando no claramente discriminado. En otro sentido, resulta manifiesta la necesidad de mejorar la formación de los profesionales dedicados a atender a las personas con discapacidad intelectual que están llegando a mayores. El objetivo sería transmitirles los conocimientos (de gerontología y discapacidad) y habilidades (para el trabajo en equipos interdisciplinares, por ejemplo) adecuados para ofrecer una atención de mayor calidad al colectivo mencionado.

5.6. Bibliografía

- Azérma, B. y Martínez, N. Les personnes handicapées vieillissantes: espérances de vie et de santé; qualité de vie. Une revue de la littérature. *Revue Française des Affaires Sociales*, n.º 2, 2005, pp. 297-333.
- Berthod-Wurmser, M. *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes: un nouveau défi pour leur prise en charge*. Paris, La Documentation Française, 2006.
- Blackburn, J.A. y Dulmus, C.N. *Handbook of Gerontology. Evidence-based Approaches to Theory, Practice and Policy*. West Sussex, John Wiley & Sons, 2007.
- Blanc, P. *Rapport d'information fait au nom de la Commission des Affaires Sociales sur la politique de compensation du handicap*. Paris, Senado, 2002.
- Chauvin, K. Personnes 'handicapées âgées' et personnes 'âgées handicapées'? Sur la construction sociale d'une différence et ses effets. En: *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique, 2003.
- Department of Health. *Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century. A White Paper*. Londres, Department of Health, 2001.
- Doka, K. J. y Lavin, C. The Paradox of Ageing with Developmental Disabilities: Increasing needs, declining resources. *Ageing International*, vol. 28, n.º 2, 2003, pp. 135-145.
- Doñoro, B. *Preparando el futuro. (aportación para un mejor envejecimiento y jubilación de las personas con discapacidad psíquica)*. Pamplona, Consultores Asociados, 2004.
- Federación Vasca de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Plan Vasco de Investigación en Discapacidad Intelectual*. Bilbao, Federación Vasca de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, 2006.
- Fundación Gil Gayarre. Taller adaptado a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada. En: *Compartiendo modelo. Buenas prácticas de calidad FEAPS (III)*. Serie: FEAPS, n.º 9. Madrid, FEAPS, 2006, pp. 467-474.
- Good Practice Guidelines in Supporting Older Family Carers of People with Learning Disabilities*. Londres, The Foundation for People with Learning Disabilities, 2005.
- L'accompagnement des personnes handicapées mentales avançant en âge: cinq exemples de prise en charge adaptée*. Paris, UNAPEI, 2004.
- Las personas con necesidades de apoyo generalizado: guía de identificación de indicios de envejecimiento y orientaciones para la determinación de apoyos*. Serie: Cuadernos de Atención de Día, n.º 3. Madrid, FEAPS, 2006.
- León, A. *Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento*. Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia, 2006.
- Millán, J. C. *Discapacidad intelectual y envejecimiento*. Serie: Monografías, n.º 116. A Coruña, Universidade da Coruña, 2006.

Millán, J.C. *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*. A Coruña, Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias, 2003.

Millán, J.C. Envejecimiento y características sociosanitarias de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 16, nº 2, 2006, pp. 79-86.

Rodríguez, P. et al. (coords.) *Discapacidad y envejecimiento. Investigación y alternativas de intervención en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad*. Serie: Solidaridad, nº 19. Madrid, Fundación ONCE, Escuela Libre Editorial, 2003.

Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2007. *Boletín sobre el Envejecimiento Perfiles y Tendencias*, nº 32, 2007.

Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis. *L'avancée en âge des personnes handicapées mentales*.

Verdugo, M. A. *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. instrumentos y estrategias de evaluación*. Serie: Psicología, nº 68. Salamanca, Amaru Ediciones, 2006.

Varios autores. *Envejecer, ¡todo un logro!* Valencia, FEAPS, 2005.

Zribi, G. y Sarfaty, J. *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique, 2003.

5.7. Páginas Web

Asociación a favor de Personas con Discapacidad Intelectual de Álava (APDEMA):

<http://www.apdema.org>

Centro Ocupacional Granja San José Centro (Fundación Gil Gayarre):

<http://www.gilgayarre.org/Web/cocupacionalsanjose.html>

Programa de Envejecimiento (FEAPS):

<http://www.feaps.org/programas/envejecimiento.htm>