

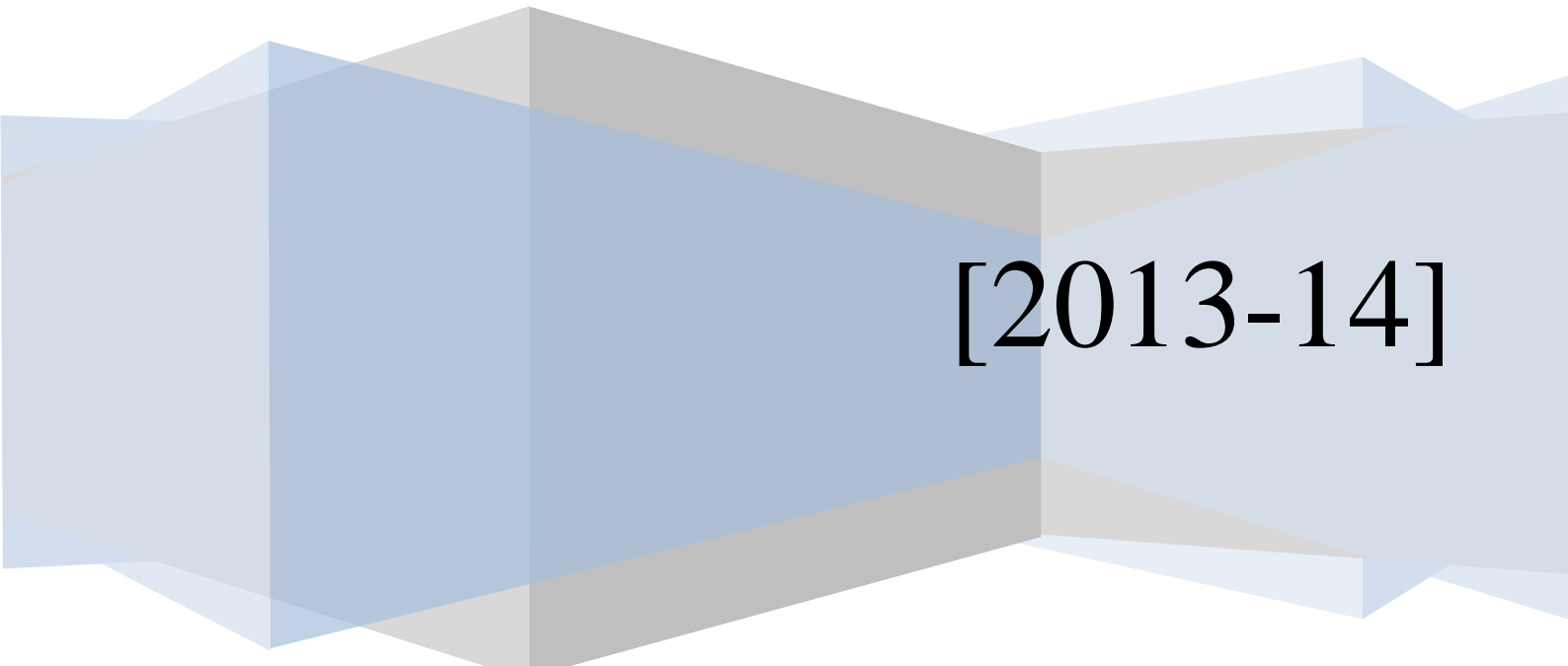
Proceso de valoración de la discapacidad y su incidencia en el envejecimiento.

ANA ISABEL LÓPEZ RAMIRO

TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO ADAPTACIÓN AL GRADO DE TRABAJO SOCIAL

Convocatoria extraordinaria



[2013-14]

Vº Bº

FIRMA:

TUTORA DEL TRABAJO: ROSALÍA MOTA LÓPEZ

INDICE

1. Introducción	5
2. Objetivos	7
3. Metodología	7
4. Capítulo I. Estado de la cuestión	8
4.1 Evolución de concepto de minusvalía a diversidad funcional.....	9
4.2 Envejecimiento: Concepto y características.....	11
4.3 Relación entre diversidad funcional y envejecimiento.....	14
5. Capítulo II. Marco legal	18
5.1 Ámbito Constitucional.....	19
5.1.1 Ámbito Constitucional Nacional.....	19
5.2 Ámbito Legislativo.....	19
5.2.1 Ámbito Legislativo Supranacional.....	19
5.2.2 Ámbito Legislativo Nacional.....	19
5.2.3 Ámbito Legislativo Autonómico.....	19
5.3 Ámbito Programático.....	24
5.3.1 Ámbito Programático Supranacional.....	24
5.3.2 Ámbito Programático Nacional.....	25
5.3.3 Ámbito Programático Autonómico.....	25
6. Capítulo III. Envejecimiento y Discapacidad en el Trabajo Social	27
6.1 Espacios profesionales del trabajo social en el ámbito de la discapacidad..	28
6.2 Trabajo Social en el Centro Base VIII.....	33
6.2.1 Objetivos de los Centros Base.....	33
6.2.2 Funciones y Perfil Profesional.....	35
6.2.3 Modelos de Atención.....	36
6.2.4 Actuación Profesional.....	38
6.2.5 Herramientas Utilizadas.....	39
6.2.6 Proceso de Atención.....	41
6.2.7 Actuación en la Valoración.....	44

7. Análisis del desempeño profesional en el Centro Base VIII.....	49
8. Conclusiones y propuestas de mejora.....	52
9. Bibliografía.....	57
10. Documentos legales y jurídicos.....	62
11. Anexos.....	64
1. Directorio de Centros Base	
2. Dictamen social	
3. Notificación de resolución	
4. Dictamen técnico facultativo	
5. Grado de discapacidad	
6. Tarjeta acreditativa	

1. INTRODUCCIÓN

Cuando en los ámbitos de la investigación o el trabajo social se habla de discapacidad y diversidad funcional se relaciona de inmediato este término con otros como prevención, atención temprana, integración educativa, laboral, accesibilidad, o rehabilitación, entre otros. Las personas con necesidades especiales durante la infancia, en la juventud o en la vida adulta, son aquellas que merecen más atención (Cardona y Campos, 2009).¹

En menor medida se relaciona la diversidad funcional con el envejecimiento. Esta menor consideración se explica porque, hasta hace pocos años, la esperanza de vida de las personas afectadas por deficiencias estaba bastante por debajo de la media de la población general, es decir, no solían llegar a la vejez.

Pero los avances e innovaciones en las ciencias de la salud, el desarrollo de más apoyos y recursos, la mayor accesibilidad para la integración social y la mejora de las condiciones de vida, han originado el incremento progresivo del número de personas con diversidad funcional que llegan a alcanzar edades avanzadas y que, en consecuencia, presentan un conjunto de nuevas necesidades, vinculadas a la combinación de su situación de diversidad funcional y el proceso natural de envejecimiento. El envejecimiento demográfico, fenómeno positivo en sí mismo porque vivimos cada vez más años y en mejores condiciones vitales, plantea también en este ámbito un gran desafío al desarrollo humano.

Actividades básicas de la vida diaria que el transcurso de los años puede limitar, como hacer solos las tareas de la casa o su cuidado personal, orientarse cuando salen a la calle, o viajar en transporte público, constituyen para las personas con diversidad funcional una situación de riesgo añadida². Todas estas limitaciones vienen a modificar su situación anterior, añadiendo complejidades y cambios devenidos de su proceso de envejecimiento. Nos encontramos, pues, ante una nueva realidad que constituye una “emergencia silenciosa”, como lo ha denominado el Comité de Rehabilitación e

¹ Cardona y Campos (2009) entienden por necesidades a la situación- problema, definida objetiva o subjetivamente, en la cual se pone en peligro la supervivencia material de las personas afectadas.

² Se utiliza el término Actividades Básicas de la Vida Diaria en el sentido que le da el Artículo 2.1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Integración de las personas con Discapacidad del Consejo de Europa.³

No sólo hay que pensar en las propias personas afectadas de limitaciones de la actividad, sino también en sus familias, ya que en la mayoría de los casos los cuidadores principales de la persona mayor son los cónyuges y los hijos y éstos también envejecen. Las personas con diversidad funcional que envejecen se encuentran dentro de un sistema familiar y social de cuidados que ha de adaptarse a la nueva situación. La incertidumbre sobre el futuro de personas con diversidad funcional cuando sus familiares no puedan seguir atendiéndoles de forma temporal o permanente, actúa como factor altamente estresante que añade un ingrediente negativo al propio proceso de envejecimiento.

Es importante por ello avanzar en el análisis de aquellos programas recursos y servicios que puedan resultar más idóneos para atender integralmente las necesidades que presentan las personas con diversidad funcional que envejecen y sus familias, para potenciar su bienestar social y un proceso de envejecimiento positivo.

Mi trayectoria laboral se ha desarrollado siempre en contacto en los últimos años con el ámbito de la discapacidad, y en los últimos años en concreto, vinculado con el envejecimiento. Soy trabajadora social en un Centro Base, cuyo perfil de atención prioritario es el de personas mayores. El interés de este trabajo, por tanto, es reflexionar sobre la práctica profesional en este ámbito, para poder apuntar algunas propuestas de mejora que visibilicen el proceso de envejecimiento de las personas con diversidad funcional y su óptimo abordaje desde el desempeño profesional de los trabajadores sociales en Centro Base.

³Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015 (adoptada por el Comité de Ministros el 5 de abril de 2006, durante la 961ª reunión de Delegados de Ministros).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es describir las características del proceso de envejecimiento en personas con diversidad funcional, y reflexionar sobre el desempeño profesional de los trabajadores sociales en Centro Base en la atención e intervención con este perfil de personas usuarias.

Los objetivos específicos en los que se puede desglosar este objetivo son:

- Identificar los rasgos distintivos del envejecimiento en la población con diversidad funcional y las necesidades que de él se derivan.
- Describir los Centros Base como contexto de intervención profesional con las personas que envejecen.
- Describir y reflexionar sobre el trabajo social que se realiza en los Centros Base, indicando las áreas principales de valoración de la discapacidad en personas en proceso de envejecimiento y analizando nuestro desempeño profesional.
- Explorar los puntos fuertes de nuestro trabajo, y proponer líneas de mejora en nuestra intervención.

3. METODOLOGÍA

Para desarrollar el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica, así como una búsqueda inicial y básica de fuentes secundarias, con la intención de recoger y sintetizar los resultados de investigaciones y trabajos para informar sobre el estado de la relación entre envejecimiento y discapacidad. Algunos de los materiales proporcionados por los profesores en el Curso de Adaptación también han sido consultados. Asimismo se ha revisado la documentación técnica que orienta la intervención profesional de los trabajadores sociales en los Centros Base, y que se recoge tanto en el capítulo 5 (Marco Legal) como en los Anexos del trabajo.

El trabajo ha consistido también en un proceso de ordenación y reflexión de la experiencia profesional de la autora en los Centros Base, con el objetivo de interpretar y comprender el trabajo social desarrollado desde este recurso en el ámbito de la diversidad funcional y el envejecimiento.

CAPITULO I

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

4.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE MINUSVALÍA A DIVERSIDAD FUNCIONAL

El cambio del concepto de minusvalía a diversidad funcional es muy significativo. El modo cómo nombramos a las cosas nos posiciona de una determinada manera frente a las personas, moldea cómo nos relacionamos con ella, e impregna también el sistema de sistema servicios y nuestra propia praxis profesional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció al inicio de la revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF-2001), que los términos utilizados pueden estigmatizar y etiquetar, por lo que tomó la decisión de abandonar totalmente el término de “minusvalía” debido a su connotación peyorativa y de utilizar en su lugar el término de “discapacidad”, como término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la población.⁴

Hasta ahora, el Real Decreto 1971/1999 venía utilizando el término “discapacidad” para referirse, únicamente, a la restricción o de capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. A través de la presente adecuación terminológica y conceptual, el término “minusvalía” viene a ser sustituido por el de “discapacidad”, y las referencias que en el Real Decreto 1971/1999 se realizaban hasta ahora a la “discapacidad” se sustituyen por “limitaciones en la actividad”.⁵

Por lo que los términos “minusválidos” y “personas con minusvalía” quedan sustituidos por el término “persona con discapacidad”, el término de “discapacidad queda sustituido por “limitaciones en la actividad” y el término “grado de minusvalía” queda sustituido por “grado de discapacidad”.

4,5 Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. A través de este real decreto se viene a acomodar el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, al mandato contenido en la disposición adicional octava de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y a sustituir las referencias a los términos “grado de minusvalía”, “discapacidad” y “grado de discapacidad” que hasta este momento se contiene en el mismo, acomodándolas a la CIF.

Siguiendo a Campello García (2007), la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido reduciendo tradicionalmente la discapacidad a los aspectos psico-biológicos. En 2001 se produjo un cambio de perspectiva muy relevante. La discapacidad, en la actualidad, es denominada por la OMS en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001, como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social.

La discapacidad, en estos términos, se produce por la interacción de las características de la salud con los factores contextuales. En el tratamiento conceptual de la discapacidad se sigue el esquema que a continuación se expone:

- **Déficit en el funcionamiento** (sustituye al término “deficiencia”, tal y como se venía utilizando). La OMS lo entiende como la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término “anormalidad” se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población). Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad.
- **Limitación en la actividad** (sustituye el término “discapacidad” según se entiende en la anterior clasificación de la OMS): Son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden clasificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin esa condición de *salud*. Representa la perspectiva de la persona respecto a la discapacidad.
- **Restricción en la participación** (sustituye al término “minusvalía): como los problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales, o la experiencia vivida de las personas en el contexto real en el que viven. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad. Representa la perspectiva social de la discapacidad. Esta

perspectiva describe lo que una persona hace o no puede hacer en su contexto/entorno social.

Desde el 2005, a propuesta del Foro de Vida Independiente, la terminología “discapacidad” se usa alternativamente con el término “diversidad funcional” para referirnos a las personas que tienen diferentes capacidades desde una perspectiva de diversidad.⁶

4.2 ENVEJECIMIENTO: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

“Envejecer” deriva, etimológicamente, del latín veterascere, veterescere, “envejecer”. “Envejecimiento” suele asimilarse a “vejez”. En muchas ocasiones los sustantivos que se derivan de “envejecimiento”, como “envejecidos, envejecidas”, tienen un sentido similar al de “viejos, viejas. Sinónimos de envejecer serían también “aviejar, avejentar, revejecer”, todos ellos significan envejecer antes de tiempo.

Existe una variedad de concepciones asociadas a la vejez. La mayoría de ellas puede agruparse según tres criterios diferentes: la vejez cronológica, la vejez funcional y la vejez como etapa vital (Agulló Tomas, M. S., 2001). Siguiendo un criterio cronológico, la vejez se define como los últimos años antes de la muerte. Sin embargo, no se puede precisar con límites claros la edad en la que un adulto se convierte en persona mayor (tercera edad como se denomina actualmente), o éste pasa a anciano (cuarta edad).

Según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 46.745.807 habitantes en España. Las personas de 65 años y más representaban el

⁶ En España fue propuesto el cambio de término discapacidad por diversidad funcional, en el Foro de Vida Independiente en enero de 2005. El Foro de Vida Independiente tiene su origen a mediados del año 2001 con el objetivo de impulsar en España el movimiento de Vida Independiente, surgido en EE.UU en 1972 y muy arraigado en Europa en la actualidad. Es una comunidad constituida por personas de toda España, y de otros países, que conforman un foro de reflexión filosófica y de lucha por los derechos de las personas con diversidad funcional. La participación de todos los miembros es directa y en igualdad de condiciones.

16,6% del total (7.782.904 personas). Las proyecciones de población apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 años y más seguirá aumentando. En el año 2049 habrá el doble de personas mayores que en la actualidad, y representarán más de un tercio del total de la población española (31,9%). (IMSERSO, 2012: 31)

El progresivo aumento del envejecimiento de la población se produce fundamentalmente por el alargamiento de la esperanza de vida y por una disminución de la fecundidad. Como consecuencia de este envejecimiento poblacional el peso relativo de la población de más de 60 años aumenta, y también se produce un sobre envejecimiento de la población, con cohortes cada vez más numerosas de personas - sobre todo mujeres, por el diferencial de esperanza de vida de las mujeres-, de más de 80 años que han pasado de representar el 12% sobre el total de población de 65 años y más a principios del siglo XX, al 14,7% en el año 1960 y al 29% en 2010. Las proyecciones de población apuntan a que en el año 2049 las personas de más de 80 años representarán un 36,8% sobre el total de población mayor. (IMSERSO, 2012:32)

La perspectiva funcional del envejecimiento considera la vejez como la suma de los cambios que se producen con el tiempo en el organismo, y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios que se dan en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo. La mayor longevidad a partir de ciertas edades – circunstancia sin duda positiva- lleva, sin embargo, a que el número de personas mayores que padece algún tipo de discapacidad se haya visto incrementado notablemente en los últimos años.

A partir de los 75 años, un 85% de la población tiene alguna dificultad, aunque sea leve o moderada, para realizar algunas actividades diarias (básicas o instrumentales). Estos problemas aumentan a medida que avanza la edad; Sin embargo una mayor proporción de mujeres que de hombres declara problemas de este tipo en todos los tramos de edad. (IMSERSO, 2012:70).

Hay que tener en cuenta que el deterioro en la autonomía e independencia de la persona en diferentes contextos influye negativamente en otros muchos aspectos de la vida (Verdugo, 2002).

Desde la perspectiva del ciclo vital, el envejecimiento es una etapa en el desarrollo de las personas que se caracteriza por una serie de cambios somáticos, psíquicos y sociales que aparecen con el paso del tiempo. Desde este punto de vista, el proceso del envejecimiento es co-natural al proceso vital desde que nacemos, y además se traduce en cambios muy amplios y variados, que se producen de forma desigual entre las personas, y tampoco con el mismo calendario. Envejecer es un fenómeno inevitable y un proceso natural en cualquiera, pero distinto según las personas y su situación. El envejecimiento es un proceso y no un estado. En cambio la vejez se presenta como un concepto estático, como un estado vivido en un tiempo determinado, una etapa.

Muy sintéticamente la población mayor en España se caracteriza del siguiente modo (IMSERSO, 2010):

- Siete millones de personas tienen más de 65 años.
- Un millón y medio tiene más de 80 años.
- La mayor parte de las personas más mayores son mujeres.
- Alrededor de un millón de personas mayores viven solas.
- Sólo la tercera parte de los mayores necesita ayudas en las tareas cotidianas.
- El 40% de los abuelos se encargan del cuidado de sus nietos.
- En el grupo de los más mayores de edad existen mayores tasas de discapacidad y dependencia.
- El 88,8% de las personas mayores consideran que la familia es una importante fuente de solidaridad entre sus miembros.

El enfoque de ciclo vital del envejecimiento implica evolución, desarrollo y crecimiento dentro de esta etapa de la vida de todas las personas, y se aproxima por lo tanto mucho a la perspectiva de envejecimiento activo (Organización Mundial de la Salud, 2011). El envejecimiento activo es un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. La preocupación de que exista una calidad de vida más larga, hace que se convierta en una cuestión primordial para el bienestar del individuo, de la familia y de los responsables de las políticas sociales. Ahora lo que importa es cómo se viven estos años ganados a la muerte (Abellán, 1999).

Envejecer activamente significa envejecer seguro, saludablemente, participando y contribuyendo, así como formándose y educándose. Es vivir con seguridad, contando con los óptimos apoyos sociales, jurídicos y sanitarios. Vivir sintiéndose reconocido, respetado y requerido para aportar a la sociedad.

Concluyendo, el envejecimiento implica importantes modificaciones de las sociedades, que requiere adaptaciones de las políticas sociales y económicas para poner en valor las capacidades de las personas cuando envejecemos, y atender también las necesidades y limitaciones, que son singulares y están relacionadas con la trayectoria biográfica de cada uno de nosotros. El envejecimiento de las poblaciones requiere también la revisión y reflexión sobre si la praxis profesional está adaptada a los desafíos y oportunidades que plantea. En palabras de López Doblas (2005; 62), “el siglo XXI es y será, al menos en el futuro próximo, un siglo de poblaciones que tienden a envejecer”.

4.3 RELACIÓN ENTRE DIVERSIDAD FUNCIONAL Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de las personas con diversidad funcional, en general, es un fenómeno social relativamente nuevo. En las sociedades industrializadas se analiza el proceso de diversidad funcional junto con el envejecimiento gradual de la población gracias a las innovaciones y avances de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud (Aguado et al., 2006). No fue hasta la década de los ochenta cuando el tema del envejecimiento y la diversidad funcional empiezan a cobrar interés entre los profesionales. Autores como Janicki (1997), Seltzer (1985), Trieschmann (1995) y Héller (2009) empezaron abrir camino en este sentido (citados en Verdugo, 2008).

La diversidad funcional está asociada estrechamente con la edad. Las personas con diversidad funcional tienen una edad media más elevada que el resto de la población es igual a 62,7 años. De hecho, la mayor parte de las personas con diversidad funcional son personas de edad igual y/o superior a 65 años, siendo un total de 2.072.652 aproximadamente. Las personas mayores suponen un 58,8% de todos los que declaran encontrarse en situación de diversidad funcional (INE, 2008).

El envejecimiento de la vejez, es decir, el aumento de la proporción de efectivos de mucha edad, tiene, por tanto, fuerte impacto en la prevalencia de la diversidad funcional. A más edad más diversidad funcional, por lo que es razonable plantear un escenario en el que el número de personas con diversidad funcional seguirá creciendo, dada la tendencia demográfica de una creciente esperanza de vida a partir de los 65 años.

El envejecimiento de una persona con diversidad funcional es diferente, porque a las características del proceso normal de envejecimiento se suman las oportunidades y limitaciones que su diversidad funcional ha creado durante otras etapas del ciclo vital. Verdugo (1995) plantea el escaso conocimiento que todavía hoy se tiene de las necesidades de las personas con diversidad funcional cuando envejecen. Según Vázquez de Prada (1992), se pueden distinguir los siguientes aspectos más importantes cuando se considera la relación entre diversidad funcional y envejecimiento (citado en Verdugo, 2008):

- Se presta atención a la experiencia del propio individuo, su participación en el control de su vida, de su salud y de los procesos de enfermar.
- Existen síndromes que caracterizan el proceso de envejecimiento con determinadas peculiaridades.
- La manera de envejecer presenta situaciones diferentes en función del tipo de diversidad funcional que padezcan. Las necesidades humanas, entendidas como estados de carencias que presentan los individuos respecto a los medios necesarios para su subsistencia y desarrollo, son múltiples y dinámicas (Barranco, 1999). Las distintas tipologías de necesidades (Maslow ,1954), nos permite obtener una visión generalizada sobre las mismas, empezando por las más básicas:

-Necesidades fisiológicas: Son las relacionadas con la alimentación, vivienda, economía, sueño, descanso, sexualidad, etc. También se les denomina básicas.

-Necesidades de seguridad: Focalizan los deseos de estabilidad y huida de peligros personales y familiares, tales como seguridad en el sistema de salud, en el sistema de justicia y legislación, seguridad ciudadana y estabilidad económica.

-Necesidades de asociación: Están relacionadas con los factores sociales de interacción tales como sentimientos de amor, afecto, participación, responsabilidad, pertenencia, asociación, cooperación, relación y comunicación.

-Necesidades de estima: Se vinculan con los aspectos personales y sociales de independencia, libertad, aceptación, respeto, asertividad, integración social y normalización.

-Necesidades de autorrealización: Son las relacionadas con el desarrollo humano y social, creatividad, superación de las limitaciones y autonomía.

-Se observa un mayor deterioro en personas con limitaciones más acusadas.

Ha sido en la década de los ochenta cuando se han multiplicado, en los países más avanzados, los servicios de atención a las personas con diversidad funcional de mayor edad. Como he señalado antes, la vida de las personas con deficiencias en particular, se ha alargado considerablemente como consecuencia de las condiciones y de salud.

El aumento de la esperanza de vida en distintos subgrupos de discapacitados, la mejora en la calidad tanto de los cuidados médicos como de la atención en residencias, junto a la progresiva desaparición de grandes instituciones que tradicionalmente acogían a estas personas, han sido sustituidas por un enfoque de mantenimiento en el entorno con acceso a centros y recursos que se ofrecen a nivel local (Observatorio de personas mayores, 2002). La creciente incidencia de este grupo de población se refleja también en su aumento cuantitativo en los diversos centros residenciales.

Envejecer con salud es un proceso que dura toda la vida y las personas con discapacidad, bien sea física o mental, necesitan también hacerlo de forma satisfactoria y con bienestar. Su experiencia de envejecimiento será a la vez la de cualquier persona que envejece, pero su propio proceso aporta ya una discapacidad.

La toma de determinadas medidas en relación a los mayores discapacitados tiene que tener en cuenta su situación familiar, puesto que es muy probable que de esta red informal perciban apoyos fundamentales. Los cambios en la estructura de la sociedad han conducido a que los cuidadores de las personas con discapacidad cuando envejecen sean a su vez personas de más edad, y se produzca un envejecimiento de la estructura familiar y, con ello, un declive de la fuerza del cuidado tradicional. (Verdugo et al., 2008).

Si bien con el aumento de edad aparece la necesidad de cuidados más intensivos o de ingresar en un hogar para personas con diversidad funcional, este paso debe darse únicamente cuando otras ayudas ambulatorias resultan insuficientes. En este punto surge el paradigma de si debe haber residencias especiales para personas mayores discapacitados o si deben acomodarse en pisos tutelados y/o residencias normales. Existen algunas posturas que defienden que en las residencias normales no reciben suficientes cuidados y, frecuentemente, son discriminados por los otros residentes.

Como se ha comentado anteriormente, las formas de envejecer en las personas con diversidad funcional son variadas y singulares. El enfoque de atención a sus necesidades y de promoción de sus capacidades ha de estar orientado por una perspectiva normalizadora hasta donde sea posible, y por la atención continua a su singularidad y sus preferencias. (Leturia Arrazola, F.J., Yanguas, et. al. 2001).

CAPÍTULO II

5. MARCO LEGAL

5.1 ÁMBITO CONSTITUCIONAL

5.1.1 Ámbito Constitucional Nacional

La Constitución Española del 1978. En su **Art. 49** se recoge una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.

5.2 ÁMBITO LEGISLATIVO

5.2.1 Ámbito Legislativo Supranacional

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13/12/06). Instrumento que supuso importantes consecuencias para las personas con discapacidad, entre los principales se destaca la visibilidad de este colectivo dentro del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas y contar con una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer los derechos de estas personas. En **España** fue firmada y ratificada el **3 de mayo de 2008**, definiendo la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre personas con deficiencia y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

La Convención supone la consagración del enfoque de derechos de las personas con discapacidad, de modo que considera a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo.

5.2.2 Ámbito Legislativo Nacional

La **Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad (LISMI)**, fue la primera ley aprobada en España dirigida a regular la atención y los apoyos a las personas con discapacidad y sus familias, en el marco de los artículos 9, 10, 14 y 49 de la Constitución, y supuso un avance relevante para la época. En esta ley se habla de las posibilidades de integración educativa o social de las personas con diversidad funcional que se hallen con una

limitación de la actividad, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, participaba ya de la idea de que el amparo especial y las medidas de equiparación para garantizar los derechos de las personas con discapacidad debía basarse en apoyos complementarios, ayudas técnicas y servicios especializados que les permitieran llevar una vida normal en su entorno. Estableció un sistema de prestaciones económicas y servicios, medidas de integración laboral, de accesibilidad y subsidios económicos, y una serie de principios que posteriormente se incorporaron a las leyes de sanidad, educación y empleo.

El **Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre**, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. (BOE nº 22, de 26 de enero de 2000). Principal herramienta en nuestra valoración. Corrección de errores del R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (BOE nº 62, de 13 de marzo de 2000). Este Real Decreto es modificado por el Real Decreto 1856/2009, de 4 de Diciembre, por el que el gobierno aprueba cambiar el término “minusvalía” por el de “discapacidad” y el de “discapacidad” por “limitaciones en la actividad” para adaptar la terminología a la Ley de Dependencia y a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS).

* “Diversidad funcional”: término alternativo al de discapacidad propuesto en el Foro de Vida Independiente (enero 2005).

Las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable y numeroso, al que el modo en que se estructura y funciona la sociedad ha mantenido condiciones de exclusión, por lo que es necesario que el marco normativo y las acciones públicas en materia de discapacidad intervengan en la organización social y en sus expresiones materiales o relacionales que con sus estructuras y actuaciones segregadoras postergan o apartan a las personas con discapacidad de la vida social ordinaria, todo ello con el objetivo último de que éstas puedan ser partícipes, como sujetos activos titulares de derechos, de una vida en iguales condiciones que el resto de los ciudadanos. Por lo que, la **Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de**

oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), supuso un renovado impulso a las políticas de equiparación de las personas con discapacidad, centrándose especialmente en dos estrategias de intervención: la lucha contra la discriminación y la accesibilidad universal. La propia ley preveía el establecimiento de un régimen de infracciones y sanciones que se hizo realidad con la aprobación de la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

El 15 de Diciembre de 2006, se publicó en el BOE la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** que regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (A partir de ahora SAAD), en el que colaboran y participan todas aquellas Administraciones Públicas con competencias en la materia. En la disposición adicional octava se determina las referencias en los textos normativos preexistentes a “minusválidos” y a “personas con minusvalía”, se entenderán realizadas a “personas con discapacidad⁷”.

Las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a unos servicios y prestaciones sociales que atiendan con garantías de suficiencia y sostenibilidad sus necesidades, dirigidos al desarrollo de su personalidad y su inclusión en la comunidad, incrementando su calidad de vida y bienestar social. Los servicios que promocionan la autonomía personal tienen como finalidad prevenir la aparición y la intensificación de discapacidades y sus consecuencias, mediante actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, apoyo en el entorno y programas específicos de carácter preventivo.

⁷ **Real Decreto 504/2007, de 20 de abril**, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**: estableció un nuevo instrumento de valoración de la necesidad del concurso de otra persona en el reconocimiento y calificación del grado de discapacidad (derogaba en principio el anexo 2).

Los aspectos más relevantes de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia son: Reconocer un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetiva y perfecta. El derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.⁸

El SAAD se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, realiza la revisión del baremo de tercera persona y se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia según la Ley 39/2006; estableciendo además que en el plazo de un año desde su publicación en el BOE el Gobierno aprobará la modificación del R.D. 1971/1999 para regular su contenido a lo regulado en este R.D. Tras entrar en vigor el R.D. 174/2011, de 11 de febrero, quedó derogado y sin efecto el anexo 2 del R.D. 1971/1999, sin perjuicio de que las situaciones vigentes de gran invalidez y necesidad del concurso de otra persona reconocidas a su amparo siguieran teniendo efectividad, de acuerdo con lo previsto en los apartados 2 y 3 de la disposición adicional primera del R.D. 174/2001.⁹

R.D.L. 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.** (Artículo 50):

“1. Las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a los servicios sociales de apoyo familiar, de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, atención domiciliaria, de residencias, de apoyo en su entorno, servicios residenciales, de actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio

⁸ Artículo 1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

⁹ **Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre,** por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre (BOE 11/10/12): “La determinación por el órgano técnico competente de la necesidad del concurso de tercera persona se realizará mediante la aplicación del baremo establecido conforme la Ley 30/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”.

y del tiempo libre.

2. Además, y como complemento de las medidas específicamente previstas en esta ley, la legislación autonómica podrá prever servicios y prestaciones económicas para las personas con discapacidad y sus familias que se encuentren en situación de necesidad y que carezcan de los recursos indispensables para hacer frente a la misma.”

Su objetivo es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con Discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de los ciudadanos y ciudadanas a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación.

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto (La Ley 13/1982, de 7 de Abril, de integración social de las personas con discapacidad; La Ley 51/2003, de 2 de Diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; La Ley 49/2007, de 26 de Diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad).

5.2.3 **Ámbito Legislativo Autonómico**

Orden 710/2000, de 8 de mayo, por la que se establece el procedimiento sobre reconocimiento, declaración y calificación del grado de Discapacidad (BOCM nº 116, de 17 de mayo).

En Marzo de 2003 queda constituida la **Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid**, en donde se considera la constitución del sector de personas de 65 años y más en el artículo 23; en su artículo 33 nos habla de las funciones de la atención especializada, y en su artículo 45 de las competencias en materia de servicios sociales.

Se establece en el **Decreto 99/2011, de 7 de julio del Consejo de Gobierno**, la

estructura orgánica de la Consejería de Asuntos Sociales, la cual ejerce las competencias de dirección y ejecución en materia de Servicios Sociales y en concreto la relativa al reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad a interesados que residan en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

5.3 ÁMBITO PROGRAMÁTICO

5.3.1 Ámbito Programático Supranacional

La Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora OMS) y **el Grupo del Banco Mundial** (a partir de ahora GBM) han elaborado conjuntamente un informe mundial sobre la discapacidad, para proporcionar datos destinados a la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidades y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en mayo 2008. Este histórico tratado internacional reforzó la convicción de que la discapacidad es una prioridad en materia de derechos humanos y de desarrollo.

El informe mundial sobre la discapacidad propone medidas para todas las partes interesadas (los Gobiernos, las Organizaciones de la sociedad civil y las Organizaciones de personas con discapacidad) para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, aplicar normas y legislaciones nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deben ocupar un lugar central en esos esfuerzos.

La visión que impulsa a la OMS y GBM es la de un mundo inclusivo en el que todos podamos vivir una vida con salud, comodidad y dignidad.

En el Consejo de Europa se ha aprobado el Plan de Acción para personas con discapacidad 2006-2015. Su principio es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa, garantizando a través de su línea 14

(Investigación y desarrollo), que todos los países hagan especial atención sobre cómo ayudar a las personas mayores con discapacidad que necesitan apoyo especial.¹⁰

5.3.2 Ámbito Programático Nacional

Hay una Estrategia Española sobre Discapacidad que va desde 2012-2020 que persigue mejorar el bienestar de las personas con discapacidad. En esta estrategia se diseñan las líneas básicas de las políticas sobre las personas mayores con discapacidad, que se desarrollarán en los años de su aplicación.¹¹

5.3.3 Ámbito Programático Autonómico

En Madrid ya se han hecho tres planes para personas con discapacidad. También hay unas normas para fomentar la accesibilidad, la autonomía personal, etc.

En cuanto a planes realizados en la Comunidad de Madrid sobre discapacidad, hay que destacar:

I Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 1999-2002: En este Plan se resalta la creación del conjunto de centros para atender a las personas con discapacidad.

II Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008: Lo importante de este Plan fue, la atención a personas con enfermedad mental, Los programas de salud dental, El ocio inclusivo (Las personas con discapacidad participan en actividades con personas sin discapacidad), la accesibilidad a los edificios y el transporte, la tarjeta del grado de discapacidad, etc....

III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2012-2015.

Para hacer este Plan se han tenido en cuenta otros Planes ya existentes:

-El Plan de Acción del Consejo de Europa para personas con discapacidad 2006-15.

¹⁰ http://www.imserso.es/imserso_01/busque (consultado el 7 de abril de 2014)

¹¹ Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. <http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/doc> (consultado el 7 de abril de 2014)

-El Plan de Acción de España para personas con discapacidad 2012-2020 (Estrategia Española).

Los principios que se plantean en este III Plan son:

-La igualdad de oportunidades y los derechos, La inclusión en la sociedad, La accesibilidad universal, La vida independiente, La calidad de vida, La perspectiva de género.

En cuanto a las áreas de este Plan que más se centra en las personas mayores con discapacidad son:

- La Atención Social, a la dependencia y autonomía personal, donde se incluyen los siguientes programa:

--Programa de vida independiente : Sus objetivos son que las personas y sus familias puedan elegir los servicios que necesitan; aumentar las acciones para que las personas sean autónomas y ayudar a las personas más dependientes; ayudar a las personas con discapacidad que envejecen; Promover el uso de las nuevas tecnologías como la domótica (tecnología que da la oportunidad a las personas con muchas necesidades de apoyo de hacer las cosas) y las ayudas técnicas (Instrumentos que hacen más fácil utilizar las tecnologías); ofrecer a los centros terapias alternativas; etc.....

--Atención a la dependencia y promoción de la autonomía, este programa está relacionado con las ayudas de la Ley de Dependencia.

--Apoyo a las familias, programa que ayuda a las familias que tiene a su cargo una persona con discapacidad.

--Atención a personas con enfermedad mental, con este programa se pretende que las personas con enfermedad mental vivan bien; puedan participar como los demás y tener los apoyos necesarios para estar incluidos en la sociedad; La Comunidad de Madrid va a mantener los centros y servicios para atender a estas personas.

--Participación Social con los programas de vivienda (para que las personas con discapacidad puedan acceder mejor a una vivienda y que éstas estén adaptadas); Cultura y turismo; Movilidad (Para que las personas con discapacidad puedan usar el transporte público y puedan moverse mejor por la ciudad).

CAPÍTULO III

6. DISCAPACIDAD Y ENVEJECIMIENTO EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL.

6.1 ESPACIOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD

Se entiende por espacio profesional del Trabajo Social, aquellos ámbitos de actuación en donde el profesional desarrolla desde una perspectiva científica basada en la formación específica, su praxis profesional.

Se entiende el Trabajo Social como una profesión encargada de potenciar la concienciación y expresión de las contradicciones, necesidades sociales y educar, en la práctica transformadora, con posibilidades de solución a través de la vida activa y constructiva del hombre y la sociedad, amparándonos en el principio de autodesarrollo que promueve la participación y cooperación en la potenciación de la realidad y el crecimiento hacia estadios superiores de integración social con el fin de satisfacer las necesidades sociales.

En el proceso del envejecimiento en lo que atañe a las personas que viven una limitación de la actividad, origina necesidades distintas según el diferente tipo de limitación de la actividad, necesidades que pueden ser cubiertas por servicios prestados tanto por las administraciones públicas (Servicios Sociales) como entidades sin ánimo de lucro a través de los cauces y mediante los recursos humanos, financieros y técnicos necesarios. Las administraciones públicas desarrollan las actuaciones necesarias para la coordinación de la atención de carácter social y de carácter sanitario, de forma efectiva y eficiente.

Uno de los sistemas que se configurará como una red de utilización pública, integra de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados,¹² es el Catálogo de Servicios de atención que distingue el SAAD¹³:

a. Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal. Los servicios de orientación e información facilitan a las personas con diversidad funcional y a sus familias el conocimiento de las prestaciones y servicios a su alcance, así como las condiciones de acceso a los mismos.

¹² Artículo 6 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

¹³ Artículo 15 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

- b. Servicio de Teleasistencia.
- c. Servicio de Ayuda a domicilio:
 - i. Atención de las necesidades del hogar.
 - ii. Cuidados personales.
- d. Servicio de Centro de Día y de Noche:

Ofrecen una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas con diversidad funcional, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias. Se distinguen los siguientes:

- i. Centro de Día para mayores de 65 años.
- ii. Centro de Día de atención especializada.
- iii. Centro de Noche.

- e. Servicio de Atención Residencial:

Ofrecen a las personas con diversidad funcional, tanto de carácter residencial como viviendas tuteladas u otros alojamientos de apoyo para la inclusión, tienen como objetivo promover la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad a través de la convivencia y favorecer su inclusión social.

de carácter personal y doméstico, así como el servicio de tele- asistencia. Distingue los siguientes tipos de residencia:

- i. Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- ii. Centro de atención a personas en situación de dependencia, según los distintos tipos de discapacidad.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece que la red de centros del SAAD estará formada por¹⁴:

- * Los centros públicos de las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales.
- * Los centros de referencia estatal de Referencia para la promoción de la autonomía personal y atención de las situaciones de dependencia.
- * Los Centros privados concertados debidamente acreditados.

□ Prestaciones económicas vinculadas al servicio y para facilitar la Autonomía Personal¹⁵, para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no

¹⁴ Artículo 16 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

¹⁵ Artículo 17 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

profesionales,¹⁶ o bien de asistencia personal.¹⁷

Uno de los principales espacios profesionales del trabajo social en el ámbito de la discapacidad son los Centros Base adscritos a la Subdirección General de Atención a la Discapacidad y Enfermedad Mental, que depende directamente de la Dirección General de Servicios Sociales. Según la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid los Centros Base son: “*Servicios Sociales especializados de atención básica a personas con discapacidad que asumen funciones de información, diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica y constituyen en tanto recurso específico, el apoyo técnico en materia de discapacidades para los dispositivos ordinarios y servicios específicos de su zona de influencia*”.¹⁸

Esta definición implica:

-“*Los Centro Base son servicios sociales especializados de atención básica a personas con discapacidad...*” Esto significa que:

-Constituyen la principal vía de acceso a los servicios y prestaciones que existen para las personas con discapacidad.

-A la vez que se es discapacitado, se es mayor, inmigrante, excluido social, etc. por lo que la necesidad de atención y peculiaridad del colectivo, conlleva un alto grado de especialización y conocimiento de sus profesionales.

-En nuestra actuación, el hecho diferencial es la presencia de discapacidad.

-“*...que asumen funciones de información, diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica...*” Esto se refiere a:

-Información especializada de los recursos dentro del ámbito de la discapacidad y reorientación de demandas.

-El diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica son el núcleo específico de nuestra actuación y constituye la función diferencial del resto de los equipos (E.V.O.´S, Educación, etc.).

-“*...diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica...*” Con esto pretendemos una orientación terapéutica y social, un diseño y seguimiento de programas

¹⁶ Artículo 18 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

¹⁷ Artículo 19 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

¹⁸ http://www.madrid.org/consejeria_de_asuntos_sociales/ (consultado el 9 de abril de 2014)

integrales encaminados a la mejora de calidad de vida de los mayores y su familia y una intervención social con redes normalizadas de atención.

Se hace un *diagnóstico* en base a la valoración realizada, se determina si la persona tiene una diversidad funcional o no.

Valoración, en base a los informes médicos y/o psicológicos aportados así como los factores sociales, se establece el grado de discapacidad.

Orientación, se informa sobre los beneficios y derechos que tiene una persona con diversidad funcional.

Intervención terapéutica, en algunos Centro Base dispone de profesionales (mas tarde describiré cuales son), que pueden intervenir con la persona con el fin de mejorar sus capacidades y calidad de vida, como son los terapeutas ocupacionales, fisioterapeuta, logopeda.

-“... y constituyen en tanto recurso específico, el apoyo técnico en materia de discapacidades para los dispositivos ordinarios y servicios específicos de su zona de influencia...” Es decir, son considerados como referencia tanto para las personas con discapacidad como para entidades y otras instituciones que trabajan con ellas.

El mundo de las diferentes deficiencias y trastornos desembocan en situaciones de limitaciones de la actividad de índole muy diversa y heterogénea. Este hecho tiene su expresión más clara en la variedad de Entidades, organizaciones y asociaciones que se han constituido para el abordaje específico de cada tipo de diversidad funcional.

Actualmente la Comunidad de Madrid dispone de 9 Centros Base. Los ciudadanos de la Comunidad de Madrid que deseen acceder a los Centro Base, se pueden dirigir al Centro base que le corresponda según demarcación (ver anexo 1)

Además de la valoración, información y orientación, en los Centros Base se ofertan los siguientes tratamientos directos, atendiendo con prioridad al sector de población menor de 65 años:

- Fisioterapia: C.B. I a VI y el IX
- Logopedia: C.B. I a VI
- Psicomotricidad: C.B. I a VI
- Atención precoz: C.B. I a III y V a VII
- Psicoterapia: C.B. I a IV y el VI

En concreto el Centro Base VIII, en el que se centra este trabajo, atiende a personas mayores de 65 años, empadronados en Madrid capital por lo que le convierte en un centro específico de atención. El perfil de personas con el que nos encontramos es diverso en cuanto el entorno familiar que presentan: Algunos viven solos porque sus hijos ya viven de forma independiente y no se pueden hacer cargo de ellos y otros por ausencia de familiares (solteros, matrimonios sin hijos ni otros parientes), en estos casos algunos disponen de apoyo de Servicio de Ayuda a Domicilio municipal o privado. Otros viven en el entorno familiar con sus hijos. En algunos casos también nos encontramos personas que viven en un ámbito residencial.

Otros de los espacios donde se desarrolla el trabajo social con personas con diversidad funcional y con los que se está trabajando en red, son diferentes Centros Institucionales y Entidades representativas de los diferentes tipos de discapacidad, que desarrollan programas, servicios y recursos sociales y económicos, derechos conseguidos por las propias personas con discapacidad y sus familias.

Las Administraciones públicas y privadas junto con profesionales de la red social intentan ir construyendo espacios sociales más solidarios que repercuten en una mejor calidad de vida individual y colectiva, con el objetivo de alcanzar las cotas de normalización y de calidad de vida que deseen y puedan conseguir los mayores discapacitados y sus familias, a través de Organizaciones No Gubernamentales, Fundaciones y Asociaciones, como por ejemplo:

-A.M.I.F.P. (Asociación Pro-discapitados del Cuerpo Nacional de Policía)¹⁹. Han ideado el Plan Estratégico de Atención de la Policía Nacional 2013-2016, centrándose más en una de sus líneas: Especial atención a las personas mayores y/o Discapacitados.

-A.S.P.A.C.E. (Asociación de personas con parálisis cerebral)²⁰. Propone la adaptación de los recursos ante el envejecimiento, desde un enfoque multidisciplinar.

-A.S.P.A.Y.M. (Asociación de Paraplégicos y grandes minusválidos)²¹. Presenta un

¹⁹ [Http://www.amifp.org-amifp1@amifp.org](http://www.amifp.org-amifp1@amifp.org) (consultado el 20 de marzo de 2014)

²⁰ [Http://www.aspace.org/](http://www.aspace.org/) (consultado el 20 de marzo de 2014)

²¹ [Http://www.aspaym.org/](http://www.aspaym.org/) (consultado el 20 de marzo de 2014)

programa de atención personal y vida autónoma con una visión psicosocial relacionada con los cambios que se originan en estas personas cuando envejecen.

-C.E.R.M.I. (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad)²². Representa y defiende a las personas con discapacidad y a sus familias para conseguir que tengan los mismos derechos y oportunidades que los demás. Una de las líneas que va a promover CERMI durante el año 2014 es la accesibilidad universal, colaborando con grandes operadores del transporte y/o impulsando distintas iniciativas que garantizan el cumplimiento de la normativa de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, haciendo hincapié en la reforma de la Ley de Propiedad Horizontal en cuanto se refiere a los aspectos que atañen a la accesibilidad.

-F.E.A.P.S.(Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del desarrollo).²³ Madrid y la Fundación Gil Gayarre organizan un Ciclo de Conferencias dirigidas a familias con el objetivo de transmitir a las familias y a aquellos que lo deseen aspectos médicos, psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento y la importancia de ayudar a que cada persona desarrolle su proyecto de vida, haciendo especial énfasis en las claves del proceso y aportando diferentes perspectivas a tener en cuenta (la visión personal, la familia y la técnica).

-FUNDACIÓN ONCE: (Organización Nacional de Ciegos de España)²⁴. Se preocupan de la autonomía y ocio como metáfora de la calidad de vida de los discapacitados en la “tercera edad”.

6.2 EL TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO BASE VIII

6.2.1 Objetivos de los Centros Base

El personal que forma parte de los Centro base son: el/la director/a; personal de administración; Médicos, psicólogos y trabajadores sociales (estos tres forman el equipo

²² [Http://www.cermi.es/](http://www.cermi.es/)(consultado el 20 de marzo de2014)

²³ [Http://www.feapsmadrid.org/](http://www.feapsmadrid.org/)(consultado el 20 de marzo de2014)

²⁴ [Http://www.once.es/](http://www.once.es/)(consultado el 20 de marzo de2014)

de valoración y orientación); Dependiendo de los centros, fisioterapeutas, psicomotricistas, logopedas, orientadores laborables.

Los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad o Equipos de Valoración y Orientación adscritos orgánica y funcionalmente a los Centro Base de la Dirección General de Servicios Sociales, les corresponden los siguientes objetivos:

:

- A) Valoración y calificación de la situación de discapacidad, determinando el tipo de limitación (física y/o psíquica) y grado de discapacidad.
- B) Información de los beneficios en relación con el grado de discapacidad que le limita su actividad de la vida diaria, derechos económicos y servicios previstos en la legislación, sin perjuicio del reconocimiento del derecho que corresponda efectuar al órgano administrativo competente.
- C) La valoración y calificación de la situación de discapacidad será revisable en la forma que reglamentariamente se determine. La valoración y calificación definitivas solo se realizará cuando la persona haya alcanzado su máxima rehabilitación o cuando la deficiencia sea presumiblemente definitiva, lo que no impedirá valoraciones previas para obtener determinados beneficios.”²⁵
- D) La orientación para la habilitación y rehabilitación, con pleno respeto a la autonomía de la persona con discapacidad, proponiendo las necesidades, aptitudes y posibilidades de recuperación, así como el seguimiento y revisión. Se les orienta sobre el certificado de Adaptación de Vivienda, tanto para la propia vivienda como para la instalación de ascensores, rampas y mecanismos salva escaleras.
- E) Emitir un dictamen técnico normalizado sobre las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las barreras en la participación social, recogiendo las capacidades y habilidades para las que la persona necesita apoyos, como es la movilidad reducida, informes de adecuación de aula para realizar estudios

²⁵ R.D.L. 1/2013 Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, de 29 de noviembre. Art. 12.3

universitarios y de idiomas para mayores de 65 años.

El Certificado de Discapacidad es un documento oficial, expedido por la Administración Pública, mediante el cual se acredita la condición (temporal o definitiva) de la discapacidad, siendo el resultado de la valoración multidisciplinar donde interviene el médico que valora patologías físicas y sensoriales; el psicólogo valora patologías psicológicas y el trabajador social valora los factores contextuales.

El valor social del certificado de discapacidad ha ido creciendo al amparo de los cambios positivos que se han ido produciendo en materia de política social al igual que ha ido evolucionando la valoración de la discapacidad, en donde se evalúa a la persona en relación a su medio social y comunitario, es decir limitaciones de la actividad y capacidades, así como los programas, servicios y apoyos individuales y colectivos que precisa y de los que dispone. Estos cambios están propiciando que se vaya tratando la diversidad funcional como una cuestión social, englobando a la persona, a la familia y a la sociedad.

Las calificaciones y valoraciones de los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad responden a criterios técnicos unificados, y tienen validez ante cualquier organismo público y en todo el territorio del Estado. Sin embargo las ayudas y prestaciones sujetas al porcentaje resultante de la calificación y valoración del Grado de discapacidad, dependerán de cada Administración Local y Autonómica del territorio nacional.

6.2.2 Funciones y Perfil Profesional

La experiencia de los Trabajadores Sociales con la población mayor de 65 años que presentan diversidad funcional nos indica la necesidad de informar y asesorar a la persona y/o a la familia sobre la solicitud del Certificado de Discapacidad. Información y asesoramiento que ha de facilitarse en aquellas situaciones donde confluyen limitaciones físicas, psíquicas, sensoriales y/o plurilimitaciones (de manera temporal o definitiva), las cuales generan determinadas limitaciones, es decir, desventajas sociales que requieren de programas, servicios, prestaciones y apoyos generales y específicos.

La función general del Trabajador Social dentro de los equipos EVO (Equipo de

Valoración y Orientación) de Centros Base de valoración de la Discapacidad es el de valorar, orientar e informar a las personas que acceden al centro voluntariamente para obtener el dictamen técnico de Reconocimiento de su Grado de Discapacidad.

Otras de las funciones derivadas de la Intervención Profesional del Trabajador Social son:

-Valorar la incidencia de los factores individuales, familiares, económicos, laborales y culturales que supongan una dificultad relevante en el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria.

-Efectuar la valoración de las situaciones de Discapacidad y de determinación de su grado, la revisión del mismo por agravación, mejoría, plazo de validez o error de diagnóstico.

-Informar sobre beneficios que le otorga el Reconocimiento de Grado de Discapacidad como por ejemplo ayudas anuales que la Comunidad de Madrid pone a disposición de personas discapacitadas menores de 65 años.

-Orientar sobre recursos específicos dirigidos a población que tiene reconocido el grado de discapacidad: Residencias, Centro de Día, Centro de Día Especializado, Vivienda (cupos personas con discapacidad, posibilidad de suprimir barreras arquitectónicas en su propia vivienda y en su entorno).

-Asesorar en la tramitación de otros recursos complementarios a los que tienen acceso por su condición de persona con diversidad funcional: Dependencia, Orientación laboral (VOIL) ya que hay personas que trabajan hasta los 70 años por no alcanzar el mínimo requerido para poder cobrar la jubilación.

6.2.3 Modelos de Atención

La actuación del trabajador social en el Centro Base parte del modelo de trabajo social en la intervención social basado en derechos (Muyor Rodríguez, J. 20011). Este modelo se distingue del modelo médico por dos elementos de fondo:

Primero, el lugar y el poder atribuidos al trabajador/a social, y segundo, la consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación de la persona mayor con discapacidad.

La acción del/a trabajador/a social se inicia desde el primer contacto con el usuario/a. La mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de la escucha, las preguntas planteadas, modifican ya algo, cambian la imagen que el usuario/a tiene de sí mismo y de su entorno.

El/la trabajador/a social puede llegar un poco como *intruso* en un contexto del que no conoce previamente las circunstancias. Los/as usuarios/as no solamente son los que conocen la situación, también son ellos/as que conocen las soluciones más apropiadas para sus problemas, y las que convienen mejor a sus deseos y proyectos.

El papel del/a trabajador/a social no es, entonces, la de la persona que sabe, que va a aportar remedio, que va a curar. Se ha convertido en aquel que va a descubrir una situación desconocida, que va a examinar esta realidad con los interesados, que va a interpretarlos para encontrar las soluciones más adaptadas y que en el curso de ese proceso va introducir cambios, va también a ser él mismo modificado gracias al intercambio y al juego de reciprocidades.

Este modelo de Trabajo Social preconiza ponerse de entrada en una posición activa y optimista, y arrastrar hacia esta perspectiva a los/as usuarios/as. Se trata de valorar los aspectos positivos, de utilizar un pequeño cambio, por mínimo que sea, como palanca de dinamismos nuevos (De Robertis y Pascal, 1994).

En el caso que se dé una situación de angustia y ansiedad por parte del usuario, la intervención se llevará a cabo en una primera fase siguiendo el modelo de intervención en crisis de Parad y Parad (1990) extraído de Viscarret (2007), como un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y

manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptada los efectos del estrés.

Se interviene en la situación en crisis buscando conseguir los siguientes objetivos:

- Amortiguar el acontecimiento estresante mediante una primera ayuda emocional y/o intervención ambiental inmediata y de emergencia.
- Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento.

La intervención con respecto a la situación tendría cabida desde la intervención individual. La posición del trabajador social dentro de un caso de crisis es el de observador de la situación, participante implicado de esa situación, formando parte del mismo escenario de la persona con la que estamos interviniendo, y como agente de cambio para crear un ambiente de confianza y serenidad. Todo ello dentro de un contexto de relación empática con el cliente.

6.2.4 Actuación Profesional

El trabajo social centrado en la tarea o por objetivos nos permite centrar la intervención en la resolución de problemas sentidos por el usuario y marcar un tiempo concreto desde el que evaluar la intervención, nos permite un encuadre inicial al trabajo social en procesos de valoración del grado de discapacidad, un encuadre que permitirá desde la resolución concreta de problemas la vía adecuada de recursos para satisfacer las relaciones sociales.

El trabajador social del Centro Base sitúa el problema elegido por el usuario en el centro de la intervención y se estructura en torno a tres elementos clave (Diagnóstico, tratamiento y centrado en la tarea).

Este proceso de intervención prioriza la autonomía y la decisión del paciente, facilitando la relación con el usuario desde otro contexto de intervención distinto a la valoración, apoyando la construcción de un relato que de sentido a la experiencia vivida desde la toma de conciencia, desde el análisis de las dificultades concretas sentidas por el usuario (Du Ranquet, 1996).

El Trabajador Social establece la primera relación con el usuario y con la situación a tratar, por lo que hay que tener en cuenta algunos puntos importantes a la hora de la intervención en trabajo social:

a) la intervención se inicia en el punto donde se halla el usuario, ya que para involucrar a la persona en el proceso de ayuda y estudio es necesario empezar tratando aquello que más le preocupa y que la persona considera prioritario.

b) se plantea un punto de intersección entre el ámbito de competencias de los servicios sociales generales y de los servicios sociales especializados.

c) el trabajador social puede planificar la intervención mediante las capacidades y disposición del entrevistado (usuario), si muestra influencia positiva en su problema.

d) la comprensión del profesional permite la contención de sus propios sentimientos, orientando la actuación.

e) las personas con problemas graves tienen mayor dificultad para pedir ayuda debido a que la situación problemática ya se ha instaurado en ella.

f) las personas acuden a los servicios sociales para pedir o informarse sobre un recurso material, demanda que se acompañará de una completa descripción sobre la persona para buscar el recurso adecuado para su situación.

g) la contención, elaboración e insight son términos aplicables a la atención directa al usuario de los servicios sociales para que su situación mejore.

6.2.5 Herramientas Utilizadas

En la praxis diaria se utiliza como herramienta la entrevista semiestructurada en la que nos tenemos que ajustar a explorar unas áreas previamente establecidas, quedando a nuestro criterio la forma de plantear las cuestiones. Controlamos la entrevista como entrevistador, pero quien la dirige es el entrevistado (usuario y/o familiar).

La entrevista suele durar el tiempo que el usuario necesite sin que se desvíe el tema a tratar. Los trabajadores sociales realizamos la entrevista de forma directa, abierta y activa.

Intentamos centrarnos en uno de los principios fundamentales de nuestra profesión, el

empoderamiento.” Sánchez Izquierdo (2011) cita a Laverack y Wallerstein (2001) para su definición de empoderamiento: “Proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades con el objetivo de incrementar su capacidad de control individual y comunitario y la eficacia de la acción política, mejorando la calidad de la vida comunitaria y la justicia social.

El proceso de fortalecimiento de la persona, relacionado con las teorías del empowerment y la defensa de las capacidades de las personas para dirigir y ser partícipes de su desarrollo personal (Ponce de León, 2012), hay que señalar la importancia que tenemos los trabajadores sociales en la información que damos, en cómo proporcionamos la participación, y en cómo aceptamos la autodeterminación por el que se reconoce que toda persona es agente causal de su destino. Autodeterminación como expresión de la libertad positiva de la persona y por lo tanto de la responsabilidad e imputabilidad de sus acciones y decisiones.....” (Planas, M.J., 2013).

La entrevista es una técnica. Una técnica es la utilización consciente e intencionada de conocimientos, procedentes de la teoría, de la experiencia y de otras fuentes de información, que el trabajador social transforma en conducta mediante la relación que establece con el cliente.

Para que se establezca una buena relación, el trabajador social deberá adecuarse al ritmo del cliente, creando un clima de distensión y hallando la manera de expresión conveniente que le permita comunicarse y ser entendido con facilidad por el usuario. Debe situar la relación según los objetivos para los que se mantiene la entrevista, y deberá pedir la información necesaria para tal fin.

La entrevista, como proceso, tiene distintas fases:

- PRIMERA FASE: es la recepción del cliente, cuyo encuentro produce impresiones recíprocas tanto para el entrevistador (que se ha de mostrar acogedor y no decir nada innecesario) como para el entrevistado (que explicará el motivo de su demanda o consulta sin que el entrevistador pregunte, rellene datos...). Es en esta fase cuando están más patentes las ansiedades de ambos.

- **FASE DE EXPLORACIÓN:** el entrevistado expresa con sus palabras el motivo que le lleva al servicio, debiéndose sentir escuchado y atendido en todo momento.
- **FASE DE INTERCAMBIO O CLARIFICACIÓN:** se delimita y concreta la situación del cliente y, si el entrevistado no está en condiciones de seguir o no hay tiempo, se concierta otra entrevista. Si se obtienen los datos necesarios, se podrá comenzar la intervención por parte del trabajador social.
- **FASE FINAL:** el entrevistador se despide del entrevistado, siendo el momento propicio para hacerlo si el entrevistado ha revelado un hecho importante que da sentido a su situación o demanda. El trabajador social será receptivo a captar información hasta el último instante de la entrevista.

La observación es junto con la entrevista uno de los métodos más importantes de valoración y probablemente uno de los más naturales. Se pueden diferenciar distintos tipos de observación según se encuentre el observador inmerso en la situación o externo a la misma, participe de ella misma o no, sea un profesional o un allegado o incluso se esté realizando una auto-observación.

En la observación se debe determinar también cual es la unidad de análisis; por ejemplo, ésta puede ser la conducta, la interacción, las consecuencias..., dónde vamos a valorar la localización, y cuándo la temporalización.

6.2.6 Proceso de Atención

El procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, se iniciará a instancia del interesado (ya sea español como extranjero), representante legal o guardador de hecho, empadronados en el territorio de la Comunidad de Madrid, mediante una solicitud de reconocimiento de grado de discapacidad junto con la documentación requerida.

Las solicitudes se formularan en modelo normalizado y deberán contener como mínimo, los datos de: Nombre y apellidos del interesado y, en su caso, de la persona que lo represente, domicilio, fecha de nacimiento, si tiene reconocido la discapacidad y de qué tipo es (físico, psíquico o sensorial).

A las solicitudes deberá acompañarse:

-Fotocopia y original del documento nacional de identidad o pasaporte del interesado y en su caso, del representante legal (se aportara poder notarial o judicial) o guardador de hecho.

-Fotocopias y originales de los informes médicos y/o psicológicos y sociales que avalen la limitación de la actividad alegada .Informes sociales que suelen estar expedidos por trabajadores sociales de servicios sociales especializados, residencias para personas mayores y centros de día, tanto públicos como privados.

Cuando falten cuales quiera de los datos o documentos preceptivos citados, se requerirá al interesado para que subsane la omisión en el plazo de diez días, teniéndose por desistido de su petición si así no lo hiciera.

Una vez registrada la solicitud junto con la documentación requerida, se le comunicará al interesado por correo o bien por vía telefónica, el día, la hora, equipo y dirección del Centro en que hayan de realizarse el reconocimiento y valoración de la limitación de la actividad.

Conviene señalar que el tiempo estimado de todo este proceso desde que se presenta la solicitud hasta que se recibe la notificación varía según la demanda.

El Trabajador Social establece la primera relación con el usuario y con la situación a tratar, cuando el interesado necesita el certificado de discapacidad para obtener un beneficio que le facilite su actividad en la vida diaria. Estos beneficios pueden ser:

-La tarjeta de estacionamiento.

-Ayudas específicas de mutualidades:

- MUGEJU (mutualidad de los empleados del poder judicial).

-ISFAS (pertenecen los militares de todos los cuerpos y guardia civil).

-MUFACE (mutualidad de funcionarios).

-ATAM (mutualidad de empleados de telefónica).

-Adaptaciones de vivienda, y cambio de vivienda.

Los trabajadores sociales valoramos la necesidad de considerar una cita de urgencia a

través de un informe debidamente fundamentado con documentación aportada por el usuario que indica plazos determinados para presentar Certificado de Reconocimiento de Discapacidad para poder optar a ése tipo de ayuda que específica.

Existe la posibilidad de valorar solo la movilidad reducida, cuando la persona ya tiene otorgado un grado de Discapacidad, pero no así reconocido un baremos de movilidad positivo (es valorado por el médico con los informes médicos aportados, y en este caso, es necesario que el interesado acuda a la valoración, puesto que el baremo de movilidad se valora de forma presencial.)

El proceso del reconocimiento de la limitación de la actividad se inicia con la evaluación de los informes aportados por el interesado. El día de la cita, cada profesional del Equipo de Valoración y Orientación (E.V.O.) realiza su intervención correspondiente. Ocasionalmente puede recabar los informes de determinados especialistas como otorrino, oftalmólogo, psiquiatría y de otras especialidades clínicas. Todo ello con la finalidad de poder obtener una visión lo más global y real posible de la persona y su entorno.

Se entenderá producido el reconocimiento del grado de discapacidad desde la fecha de registro de la solicitud, debiendo figurar necesariamente la fecha en la que, en su caso, pueda tener lugar la revisión. En casos bien documentados y, tras solicitud del interesado, se podrá realizar con carácter retroactivo. Teniendo validez en todo el territorio Español.

Se podrá instar revisión del grado por agravamiento o mejoría transcurrido un plazo mínimo de 2 años desde la fecha de la resolución, salvo circunstancias contempladas en el Art. 11.2 del R. D. 1971/1999 y el Art. 8 de la orden 710/2000.

Contra las resoluciones el interesado puede interponer, en 30 días hábiles, reclamación previa a la vía jurisdiccional social.²⁶

²⁶ Artículo 71 de la ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social, BOE de 11/10/2011.

6.2.7 Actuación en la Valoración

La actuación del Trabajador Social en el proceso de la valoración tiene en cuenta tanto a la persona con diversidad funcional como su entorno socio familiar.

La intervención del Trabajador Social está enclavada dentro del proceso que se desarrolla en el equipo interdisciplinar, puesto que el Dictamen Social (ver Anexo 2), junto con el Dictamen Médico y/o Psicológico es el resultado del trabajo que se lleva a cabo semanalmente en las Juntas de Valoración.

La valoración de la discapacidad se expresa en porcentajes. Se considera que existe discapacidad cuando la valoración de limitación en la actividad global física, psíquica y/o sensorial más los factores sociales complementarios alcanza un **Grado igual o superior al 33%.**²⁷

El trabajador social realiza la valoración de los factores sociales complementarios (Factores Contextuales), se entiende que son complementarios porque se tienen en cuenta los aspectos familiares, económicos, culturales y ambientales. Los cuales complementan y se suman a las patologías médicas y/o psicológicas que la persona con diversidad funcional pueda presentar.

La puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios no podrá sobrepasar los 15 puntos. El porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad determinado por el médico y psicólogo sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25 por 100. Esto significa que si a nivel médico y/o psicológico la valoración no alcanza un mínimo de 25 puntos los factores sociales complementarios no se suman a los resultados de ellos.

Los aspectos personales en la valoración del grado de discapacidad constituyen lo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud (sexo, raza, edad, estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los

²⁷ Se realiza mediante la aplicación de los baremos contenidos en el Anexo 1 apartado A (Factores Médicos y/o Psicológicos) y B (Factores Sociales Complementarios) del Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, (BOE 26 de Enero de 2000).

estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, experiencias actuales y pasadas.....). Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

Los aspectos que valoro dentro de cada uno de los factores contextuales son:

FACTOR FAMILIAR (máximo 5 puntos)

- **Problemas graves en miembros de la familia** (minusvalía o enfermedad grave de algún otro miembro)
- **Ausencia de miembros responsables de la unidad familiar** (por muerte, abandono...)
- **Relaciones inter-familiares que dificultan la integración del minusválido** (sobrepotección, abandono encubierto, explotación...)
- **Otras situaciones** (bajo nivel cultural, inhabilidad social...)

FACTOR ECONÓMICO (máximo 4 puntos)

Teniendo como referencia el salario mínimo interprofesional, se tendrán en cuenta la suma total de los ingresos familiares, así como los gastos de vivienda(hipotecas, alquiler..), gastos extraordinarios (derramas, sanitarios...).

Se aplicará una fórmula que nos determinará el número de puntos según tabla IPREM (indicador público de renta a efectos múltiples).

FACTOR LABORAL (puntuación máxima 3 puntos)

Se valorará en función de la edad y las distintas situaciones en relación con el empleo (desempleo, subempleo ...).

FACTOR CULTURAL (puntuación máxima 4 puntos) (en caso de deterioro cognitivo se valorará únicamente éste).

- **Situación cultural deprimida** (no han podido acceder a los sistemas escolares obligatorios)
- **Situación cultural inferior** (personas que habiendo seguido enseñanzas elementales a edad reglada, no consiguieron el rendimiento o los conocimientos apropiados)
- **Situación cultural primaria** (personas que siguieron la escolaridad de Estudios

Primarios con anterioridad al año 1970)

■ **Situación cultural ordinaria**

FACTOR ENTORNO (puntuación máxima 4 puntos)

- **Carencia o dificultad de acceso a recursos** (sanitarios, de rehabilitación, educativos, culturales, profesionales...)
- **Carencia o inadecuación de vivienda, barreras, carencia de transporte adaptado.**
- **Problemas de rechazo social**

Una vez vista a las personas se realiza la Junta de Valoración, en la que están presentes todos los profesionales que han intervenido (Médico, Trabajador Social y/o Psicólogo). En esta Junta cada profesional indica su valoración específica realizada, en base a los informes médicos presentados y entrevista realizada.

Existe la posibilidad de que esta valoración pueda realizarse sin la presencia de la persona con discapacidad cuando presenta circunstancias especiales como pueden ser, que la persona esté encamada, con alzhéimer en un grado avanzado, etc..., que no hacen posible que la persona pueda acudir presencialmente al reconocimiento de valoración del grado de discapacidad. En este caso sería suficiente con que acuda un familiar a la cita.

Todo ello concluye con la resolución del Dictamen Técnico Facultativo donde se recoge el tipo de patología valorada (física, sensorial y/o psicológica), puntuación del Grado de Discapacidad (expresado en porcentajes) y factores sociales complementarios alcanzado (ver anexos 3 y 4).

La resolución de reconocimiento de grado de discapacidad es un documento cuya presentación constituye condición imprescindible para la obtención de determinadas prestaciones y beneficios establecidos por la normativa vigente. También se adjunta la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad, para facilitar al usuario/o sin acreditación de grado de discapacidad, sin necesidad de tener que llevar las hojas del dictamen, que le permite acreditar de forma ágil, práctica y cómoda el grado de discapacidad y facilitar de esta forma el acceso a determinados servicios que puedan mejorar la calidad de vida.

El Dictamen Técnico Facultativo se emite siempre a cualquier persona que haya sido valorada por los Centro Base. Si esta valoración no alcanza el mínimo del 33% estipulado en la legislación, también se le notifica que no ha alcanzado la condición de discapacitado al no llegar al grado mínimo estipulado en la legislación, pero a este grupo no se les expide tarjeta acreditativa (ver Anexo 6).

Los beneficios que pueden obtener las personas mayores de 65 años con el Certificado de Discapacidad (siempre alcanzando el mínimo requerido del 33% de grado de discapacidad), según el porcentaje marcado son:

- **Entre 33% y 64%:**

- IRPF. IVA (ej.: se paga 6% en la compra de vehículos). Impuesto sobre Sociedades. Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Impuesto de circulación, si el coche está a su nombre.
- Solicitud tarjeta especial aparcamiento / placa reserva de aparcamiento (baremo movilidad positivo).
- Exención del Impuesto de Matriculación.
- A efectos del IRPF (desde 1/1/13) se considerará acreditado el 65% discapacidad si el interesado está incapacitado judicialmente y no alcanzara dicho grado en el certificado correspondiente.
- Ayudas en instalaciones y obras para el acceso y eliminación de barreras arquitectónicas (Ayuntamiento/Comunidad): se precisa el certificado de discapacidad más informe de adaptación de vivienda (AVI).
- Reducción en el IVA en compra de audífonos y en algunas clínicas dentales.
- Jubilación anticipada: regulado por el R.D. 156/2013, de 1 de marzo.
- Gratuidad en Instalaciones Deportivas Municipales (piscinas).
- Descuentos en programas de balnearios, viajes, turismo ... (gestionado por IMSERSO).
- Dedicaciones en gestiones legales.
- Ayudas de ISFAS (dependientes del cuerpo), MUFACE, MUGEJU, ATAM , Colegio Huérfanos Hacienda (en éste $\geq 65\%$)
- Programas de ayuda a domicilio.

- Exención en el pago de tasas de la inspección de las adaptaciones en el vehículo (ITV) (se pagan las periódicas).
 - Abono de telefónica social: ingresos < IPREM (indicador público de renta a efectos múltiples).
 - Tarjeta azul de transportes (autobuses, metro y metro ligero solo en Madrid Capital): ingresos < 3 x IPREM.
 - Prótesis dentales con ingresos < 1.000 euros al mes a través de las ayudas individuales de la Comunidad de Madrid.
 - Exención de cargos (presidente, contable....) en la comunidad de vecinos.
- **Con discapacidad igual o superior 65%:**
 - Tarjeta Dorada de Renfe.
 - En algunos casos para la incapacitación judicial de la persona con discapacidad, previa petición del juez.
 - Acceso a VPO tanto de la EMV (Ayuntamiento) como del IVIMA (CAM) en discapacidad $\geq 65\%$: en el IVIMA se barema con dos puntos al interesado discapacitado y, si hay más miembros en la unidad familiar con $\geq 5\%$, se otorga un punto más por cada uno. Para VPO adaptadas es preciso además tener baremo de movilidad positivo.
 - Ley 29/1994 de 24 de noviembre de arrendamientos urbanos: para la protección a inquilinos con $\geq 65\%$.
 - Reducción del 20% sobre el abono transporte de tercera edad.

7. ANALISIS DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN EL CENTRO BASE

Los Trabajadores Sociales como profesionales que participamos en los procesos de información, valoración e intervención social en el Centro Base, detectamos lo tremendamente duro y doloroso que resulta para la persona que presenta diversidad funcional y también para su entorno familiar, afrontar la nueva situación de desventaja social y toma de conciencia de sus limitaciones y de sus capacidades.

De ahí, la importancia de informar sobre las posibilidades de recuperación global de las capacidades, mostrando realismo, confianza, apoyo y estímulo con el objetivo de conseguir que las personas movilicen sus energías para luchar por alcanzar las cotas de normalización que deseen y puedan conseguir.

En lo relativo a la necesidad de plantear el certificado en el que se les reconoce un grado determinado de limitación de la actividad, mi experiencia profesional, como trabajadora social con este colectivo, me indica que es conveniente informar y asesorar sobre el mismo, en aquellas situaciones en que se considera (de manera temporal o definitiva) que la persona presenta limitaciones, las cuales precisan de programas, apoyos y prestaciones para poderlas modificar.

También, hay que tener presente (en algunos casos) que el certificado de discapacidad suele suscitar ciertos miedos a la propia persona. Dichos miedos surgen, entre otros factores, por la creencia de considerarlo una etiqueta social que desvaloriza y estigmatiza a la persona. En estas situaciones la intervención profesional se enfoca para ayudar a las personas a superar dichos miedos, afrontar las actitudes sociales negativas y a tomar conciencia de su situación concreta. Para ello aplicamos los procesos de apoyo y la relación de ayuda. Procesos que se generan en un clima de empatía, clarificación y positivismo.

En este sentido, considero, que el certificado de condición de discapacidad, en sí, no se ha de mirar como un documento que descalifica o desvaloriza. El certificado es un instrumento que podemos utilizar (si lo deseamos) para satisfacer las necesidades personales y sociales que cada uno presenta. Su valor instrumental emana de los derechos y beneficios individuales y sociales que el certificado da derecho. Beneficios

sociales que puede precisar la persona para movilizar sus energías y conseguir satisfacer sus metas. Por otra parte, la historia nos demuestra que no hay desvalorización social para aquellas personas que han logrado alcanzar las metas que se han propuesto en los distintos campos de la investigación, educación, deportes, cultura, pintura, música entre otros sectores e incluso empleo, si fuera necesario, debido a la reciente ampliación de la edad de jubilación.

Desde esta perspectiva en el desempeño del trabajo diario se manifiestan más aspectos positivos que negativos, así podríamos hablar de aspectos positivos tales como:

- Intervención interdisciplinaria (Médico, Trabajadora Social y/o Psicólogo), lo que supone una valoración integral de la persona a nivel psíquico, físico y social.
- Buen clima en los Equipos de Valoración y Orientación, procurando el mayor beneficio a la persona con diversidad funcional.
- Posibilidad de valoración del grado sin la presencia del solicitante, esto es en caso de personas de gran dependencia, por lo que la valoración se hace a través de informes médicos y se entrevista a un familiar (cónyuge, hijos, sobrinos, hermanos, primos, etc....).
- Trabajo en red, lo que implica poder establecer comunicación con centros de Servicios Sociales y/u otras Instituciones que intervienen en el ámbito de la discapacidad, como son las residencias especializadas (Alzheimer, terminales, de rehabilitación), Centro de Día, Dirección General de la Dependencia con el fin de poder informar al usuario de cómo está la tramitación de su expediente, Departamento de las Pensiones No Contributivas.
- Orientar y facilitar información, lo que nos posibilita que si una persona acude mal orientada podamos reconducir la información y facilitársela de manera adecuada. En algunas ocasiones las personas que acuden al Centro para informarse y lo que desean es tramitar la Ley de Dependencia por los recursos y prestaciones que esta otorga y lo que realmente es lo que necesitan en ese momento y no necesitan el reconocimiento del grado de discapacidad. En este caso se les informa como realizar el trámite de valoración de dependencia.
- Intervención en momentos de crisis, comprendiendo y ayudando a bajar los estados de ansiedad y frustración, con los que en ocasiones familiares y

usuarios acuden al centro. Estos estados de frustración y ansiedad suelen ser por diversos motivos:

- Falta de información.
 - No saber los recursos que pueden solicitar y no saber dónde acudir.
 - La nueva situación de limitación de la actividad en el desarrollo de las
 - A.B.V.D.
- Comunicación bidireccional, tenemos fácil acceso con quién ejerce la dirección del Centro Base.
 - Despacho individual, en el que se puede atender a la persona con toda privacidad e intimidad.
 - Nos permite poner en práctica habilidades personales como la empatía, la paciencia, escucha activa, simpatía y sobretodo humildad.

En cuanto a los aspectos mejorables señalaría alguno que podemos percibir en la intervención con personas con diversidad funcional, como es:

El sector de población con el que trabajamos es mayor de 65 años, con lo que nuestra intervención se centra en la orientación e información exclusiva, para que esta población con diversidad funcional y la de sus familiares y/o cuidador principal puedan cubrir sus necesidades y deficiencias, derivándoles a otros organismos, entidades y administraciones públicas.

8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Los trabajadores sociales comprobamos como en nuestro país se ha producido una evolución positiva en las medidas de política social y legislativas relativas al campo de las limitaciones de la actividad, en los distintos contextos, espacios de la vida de la persona con discapacidad en general y calidad de vida.

Partiendo de la realidad de que las personas con discapacidad que envejecen se encuentran dentro de un sistema familiar y social de cuidados que previamente no se ha adaptado a ellas. Es importante intervenir con prontitud para poder dar respuesta a un número muy importante de personas que ahora llegan a la vejez. Por lo que hay que hacerlo dentro del modelo de calidad de vida, atendiendo al conjunto de necesidades de las personas, significa intervenir en aspectos como el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y el ejercicio de los derechos (los derechos no valen sino lo que valen son sus garantías y los derechos no caducan ni con la discapacidad ni con la edad).

Por otro lado comprobamos como en el marco legislativo y los planes de actuación en materia de discapacidad no se contemplan medidas específicas sobre envejecimiento. Los procesos de valoración del certificado de discapacidad se van introduciendo cambios favorables tendentes a evaluar de modo integral a la persona en relación a su entorno social. También a dar una mayor cobertura social a los colectivos con diversidad funcional para cubrir sus necesidades sociales y mejorar su calidad de vida, sin dejar de lado los dispositivos de apoyo a las familias cuidadoras de personas con diversidad funcional. A ello pienso que ha contribuido los esfuerzos colectivos de los propios ciudadanos (personas con o sin diversidad funcional) y de las organizaciones públicas y privadas, así como la incorporación de distintos profesionales en los equipos de valoración, entre ellos, los trabajadores sociales que dan fe del contexto conceptual de las personas a valorar la limitación de la discapacidad.

Como resultado se van produciendo cambios sociales tendentes a conseguir que la limitación de la actividad deje de ser una cuestión individual, centrada exclusivamente en la persona y valorada desde una perspectiva clínica, dando paso a una concepción

social de la misma. Fruto de todo ello son los programas, servicios y prestaciones específicas existentes en nuestro país a los que se puede acceder, estando supeditadas al certificado de discapacidad, desde cuatro ámbitos:

1.- En cuanto a las propias personas con discapacidad: Se hace referencia a la atención a su diversidad, la relación edad-pensiones, medidas de envejecimiento saludable y el problema de la incapacitación.

2.- El de las familias: Se tiene en cuenta sus dificultades para continuar realizando la atención personal, la asunción de las tutelas, la necesidad de mayores apoyos y la necesidad de información.

Una de las conclusiones que este trabajo de reflexión me ha hecho descubrir es que la necesidad mayor que presenta los familiares que son cuidadores de personas con discapacidad y que en ocasiones éstas presentan una discapacidad o es mayor que él (cónyuges), es la inquietud de que pasará con la persona que presenta discapacidad si a ellos les pasara algo. Tienen la necesidad de saber que su familiar va a estar bien cuidado. También al hacer una revisión de los planes de actuación en materia de discapacidad veo que no se contemplan medidas específicas sobre envejecimiento.

Desde el Centro Base se les ofrece información y orientación de recursos, servicios y prestaciones a los que la persona podría acceder para el cuidado que necesiten. Normalmente les derivamos a Servicios Sociales de zona para que intervengan desde allí.

3.- El de los centros: Se detecta la necesidad de su especialización, definiendo nuevos perfiles de personal centrados en el envejecimiento y discapacidad.

4.- El de la Administración: Debería incluir los aspectos ligados al envejecimiento en la nueva planificación, realizar investigación sobre diferentes modelos de atención, avanzar en la coordinación socio sanitaria, ir a la especialización y crear entidades tutelares.

En el terreno de las vivencias y experiencias para ir construyendo los espacios de convivencia social y mejorar la calidad de vida, en los distintos aspectos de la vida de las personas con diversidad funcional, se ha indicado la situación difícil y dura a la que

se enfrenta la persona y la familia para aceptar y tomar conciencia de su realidad, constituyendo uno de estos momentos el planteamiento del certificado de discapacidad. La experiencia profesional me indica que, antes de llegar a este momento, la persona y familia viven situaciones emocionales desbordantes a las que los profesionales tratamos de ayudar. Esta ayuda profesional, viene dada por parte de los trabajadores sociales de diferentes campos y que están de alguna manera relacionados con las limitaciones de la actividad de las personas que las padecen y las redes de apoyo, junto con programas integrales nos marcan el camino a seguir para lograr mayores cotas de igualdad de oportunidades y participación social.

Buena parte de los desarrollos conseguidos en el ámbito de la discapacidad en materias como la accesibilidad integral, la normalización y la vida autónoma pueden ser aprovechados también en el campo de actuación de la gerontología.” La necesidad de dar respuesta individualizada, pues en unos casos convendrá continuar participando en los recursos especializados dirigidos a personas con discapacidad y, en otros, será conveniente el paso de la persona a un recurso o programa de los existentes. La interdisciplinariedad en la intervención, mediante el trabajo en equipo de profesionales provenientes del mundo de la discapacidad y el ámbito de la gerontología, porque es necesario integrar ambos aspectos tanto en los aspectos de evaluación como de la ejecución y desarrollo de los problemas. La especial relevancia que cobra en este ámbito el trabajo con familias, que obliga a analizar los cambios experimentados en el núcleo familiar y a ofrecer respuestas que pasan por un conjunto de diferentes apoyos al mismo hasta llegar a la separación gradual o definitiva.” (1º Congreso Internacional de Discapacidad y envejecimiento de Oviedo 2001). En este Congreso se presentaron tres experiencias concretas que complementarían los recursos ya existentes:

- a) Programa de envejecimiento saludable y positivo desde un Centro Ocupacional y un Centro Social de personas mayores.
- b) El realojamiento de personas con discapacidad en residencia de personas mayores.
- c) Un programa de preparación para la independencia a través de alojamientos temporales, se ofrece a las personas con discapacidad un contacto con ambientes diferentes a los del entorno familiar y doméstico, al tiempo de realizar formación y apoyo a las familias en proceso de alto envejecimiento.

Más tarde, sin dejar y ni olvidar las líneas de trabajo conseguidas, en el II Congreso Internacional de Discapacidad y envejecimiento (2007)²⁸, se plantearon otras líneas de trabajo, programas y experiencias que complementan lo anterior. Estos programas son:

a) Programa de envejecimiento activo en los Centros de Apoyo a la Integración.

Dirigido a las personas de 40 y más años. En este programa se realizan:

- Talleres de promoción del envejecimiento activo en el centro: hábitos saludables; talleres de estimulación cognitiva; espacios relacionales.
- Orientación a la familia.
- Asistencia a actividades y proyectos de centros de mayores y otros recursos de la comunidad.
- Actividades de estimulación física, relacional y cultural.

b) Programa “Mañana también”

Apoyos personalizados que complementan servicios sociales existentes:

- SAD
- Centros de atención diurna, para personas mayores con diversidad funcional, en situación de fragilidad psicosocial y leves dependientes.

c) Programa de estancias de día en centros sociales de personas mayores.

Dirigido a las personas mayores con diversidad funcional, en situación de fragilidad psicosocial o leve dependencia.

Proporciona alojamiento para personas con diversidad funcional en proceso de envejecimiento.

Admite la incorporación de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de 50 y más años.

Lo mismo cabe decir en la coordinación socio sanitaria. Las necesidades básicas, prevención, atención y rehabilitación de índole sanitaria que precisan las personas con diversidad funcional tienen que ser satisfechas por el Sistema sanitario sin discriminación alguna con respecto al resto de los ciudadanos, y con independencia del

²⁸ Crónica del II Congreso Internacional. (2007). “Discapacidad y envejecimiento” en el que investigadores, planificadores, gerontólogos y expertos en discapacidad expusieron programas para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad.

lugar en el que vivan, ya sea en su propio domicilio, instituciones privadas o en alojamientos alternativos dependientes de la Comunidad de Madrid.

Hay que señalar la necesidad de abordar el fenómeno del envejecimiento de las personas con discapacidad de manera urgente y desde un enfoque integral, para que pueda dejar de hablarse de este hecho desde aproximaciones que no tienen fundamento en evidencias científicas. Y la necesidad de contar con más conocimiento sobre las necesidades específicas que se presentan a las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, a sus familias y a los sistemas de atención que hasta ahora se habían venido desarrollando.

Además del incremento de la investigación sobre perfiles, necesidades y demandas habría que plantearse cuestiones pendientes como, ampliar el conocimiento sobre qué apoyos y recursos son necesarios, cuál es el perfil profesional que debe intervenir en estos procesos, qué formación debe ofrecerse a estos profesionales, cuál es el papel de la geriatría y la gerontología y cuál el de los avances en materia de discapacidad.

Por lo que, los Organismos competentes en materia legislativa tendrán que seguir estableciendo las Normas oportunas tendentes siempre a favorecer a la persona con diversidad funcional para que su integración puede hacerse de forma efectiva en la sociedad. Igualmente tendrán que legislar en materia de supresión de barreras arquitectónicas con la colaboración de los Agentes Sociales o Técnicos especializados que se requieran para mejorar la accesibilidad de este colectivo.

9. BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1995). “Cuidados en la vejez. El apoyo informal”. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

ABBERLY, P. (2008). “El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la Discapacidad”. Madrid. Morata.

ABELLÁN, A. (1999). “*Informe sobre la encuesta de deficiencias, discapacidades y minusvalías*.” Cap.2 “Longevidad y Estado de Salud”.

ABELLÁN GARCIA, A., PEREZ ORTIZ, L., MIGUEL POLO, J.A. (2002).”Envejecer en España”. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento. Madrid. IMSERSO

AGULLÓ TOMÁS, M. S. (2001). “Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica”. Madrid. IMSERSO.

ALUSTIZA GALARZA, A. y PEREZ DIAZ, J. (2010). “Familia, envejecimiento y Discapacidad en España”. Papers. Revista de sociología, nº 95. Pp. 673-700.

BARRANCO, C. (1998). “Derechos humanos y discapacidad: realidades y quimeras”. Madrid. Entorno Profesional, edición digital nº 6

BARTON, L. (Comp.) (1998).”Discapacidad y sociedad”. Madrid. Morata/Fundación Paideia.

BODALO LOZANO, E. (2006). “Envejecimiento y Discapacidad”. Portularia. Revista de Trabajo Social, Vol. 6.

BREITENBACH, N. (1999).” La colocación tardía de los adultos discapacitados que Envejecen”, Siglo Cero, Núm. 133, pp.18-20

CARDONA CARDONA, J. y CAMPOS VIDAL, J.A. (2009).”Cómo determinar un

Contexto de intervención: inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el Trabajador Social y el cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema”. Universidad de las Islas Canarias. Portularia. Vol. IX, nº2

DE ROBERTIS, C., PASCAL, H. (1994). “La intervención colectiva en Trabajo Social: la acción con grupos y comunidades”. Buenos Aires. El Ateneo.

DÍAZ, E., JIMENEZ, A. Y HUETE, A. (2009). “Sociología de la discapacidad: ciudadanía, diversidad e igualdad. Fundamentos teóricos y metodológicos”. Salamanca. Armarú.

DU RANQUET, M. (1996).” Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias”. Madrid. Siglo XXI.

FERNANDEZ GARCIA, T., VAZQUEZ, O., DE LORENZO, R. (2012). “Diccionario de Trabajo Social”. España. Ed. Alianza.

IBAÑEZ DOMINGUEZ, A. (2009).”Prisioneros del cuerpo. La construcción social de la Diversidad funcional. A Coruña. Diversitas Ediciones.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. INE (1999). Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y estado de salud. España. Instituto Nacional de Estadística.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. IMSERSO (2012). “Informe 2010. Las personas mayores en España”. Tomo I. Madrid. IMSERSO.

LETURIA ARRAZOLA, F.J. et al. (2001). “La valoración de las personas mayores”. Madrid. Cáritas Española, págs. 353

MARAÑA, J.J. (2004). “Vida independiente. Nuevos modelos organizativos. España. Asociación iniciativa y estudios sociales.

MARTORELL GIL, D. "Trabajo Social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención" (2010). Madrid. Cuadernos de trabajo social, vol.23

MASLOW, A. (1954). "Motivación y personalidad". Madrid. Díaz de Santos, S.A. Edición 1991.

MUYOR ODRIGUEZ, J. (2009). "Envejecimiento y Diversidad Funcional" (Discapacidad). En Funes Jiménez, Barranco Carrillo, Muyor Rodríguez Y Pérez Morcillo (coord.). *El Trabajo Social en la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia con Personas Mayores*. Jaén. España: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén. pp. 108- 136

(2011a). "Intervenir en las vidas de otros: Trabajo Social, Discapacidad: Derechos Humanos". Trabajo Social Difusión, nº 87, pp.17-22

(2011b). "La (con)ciencia del trabajo social en la discapacidad: hacia un modelo de intervención social basado en derechos". Revista Documentos de Trabajo Social, 49.

NOVOA ROMAY, J.A. (2008). "Reflexión sobre el nuevo trato social para los derechos humanos (asentado sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad". http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/reflexion_sobre_nuevo_trato_social.html (consultado el 3 de marzo de 2014).

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2002). "Percepciones sociales sobre las personas mayores". IMSERSO. Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO. Madrid.

(2011). "Informe Mundial de Discapacidad". Ed. OMS.

PALACIOS, A. (2008). "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad." Madrid. CERMI

PALACIOS, A. Y ROMANACH, J. (2006). "El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional". España. Ediciones Diversitas-AIES.

PAYNE, M. (1995). "Teorías contemporáneas del trabajo social". Barcelona. Ed. Paidós

PLANAS, M. J. (2013). "El asistente personal para las personas con diversidad Funcional". *Revista de Trabajo Social Hoy*, 1º cuatrimestre, nº 68 (35-53)

PONCE DE LEÓN, L. (2012) "Teorizar la experiencia profesional en el trabajo social". *Portularia*, XII extra, 141-147

PUIG, R. (1992). "Concepciones y paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la Discapacidad". Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías.

RODRIGUEZ DIAZ, S. Y A.V. FERREIRA, M. (2010). "De la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de dis-normalización". *Revista internacional de Sociología (RIS)*. Vol.68, nº2. Pp. 289-309

RODRIGUEZ, P. (2002). "El envejecimiento de las personas con discapacidad". *Crónica del Congreso internacional sobre Discapacidad y envejecimiento (2001)*. Oviedo.págs.15.

(2003). *Revista Sesenta y más, núm. 22*, pp. 33.

RODRIGUEZ RODRIGUEZ, P., AGUADO, A.L. y CARPINTERO A.

(2003). "Discapacidad y envejecimiento: investigación y alternativas de intervención en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad". Madrid. Escuela libre.

ROSSELL, T. (1999). "La entrevista en trabajo social". Barcelona. Ed. Biblaria. Pp. 216

SADÍN ESTEBAN, M. P. (1984). "Entrevista en Trabajo Social". html.rincondelvago.com/entrevista-en-el-trabajo-social.html (consultado el 20 de abril de 2014)

SANCHEZ IZQUIERDO, A. (2011). “Bioética y atención a las personas mayores”. Seminario realizado en Toledo. Junta Castilla la Mancha.

VAZQUEZ DE PRADA, C. et. al. (1992). “El envejecimiento de las personas con RM,” Siglo Cero.

VERDUGO ALONSO, M.A. (1995).” *Personas con discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadora*”. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

VERDUGO ALONSO, M.A.; RODRIGUEZ AGUILELLA, A.; SANCHEZ GOMEZ, M.C. (2008). “Calidad de vida familiar y apoyos para los progenitores de personas con Discapacidad intelectual”. *Siglo Cero : Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol.39, Nº227, págs.19-34

(2009). “Familias y personas con discapacidad intelectual en proceso de Envejecimiento: La doble dependencia”. Madrid. Obra Social de Caja Madrid. Síntesis, págs.13 - 19

VISCARRET. (2007).”Modelos y métodos de intervención en trabajo social”. Madrid. Ed. Alianza.

YANGUAS, J.J. et al. (2002). “Intervención psicosocial en gerontología: manual Práctico. Madrid. Cáritas Española, págs. 317

(2004). “Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la Vejez desde una perspectiva multidimensional”. Madrid. IMSERSO.

10. DOCUMENTOS LEGALES Y JURÍDICOS

- La Constitución Española, 6 de diciembre de 1978.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13/12/06, firmada y ratificada por España el 3 de mayo de 2008.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de las Personas con Discapacidad (LISMI).
- El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. (BOE nº 22, de 26 de enero de 2000), modificado por el Real Decreto 1856/2009, 4 de diciembre.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, realiza la revisión del baremo de tercera persona y se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.
- R.D.L. 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. (BOE nº 289, de 3 de diciembre de 2013).
- Orden 710/2000, de 8 de mayo, por la que se establece el procedimiento sobre reconocimiento, declaración y calificación del grado de Discapacidad (BOCM nº 116, de 17 de mayo).
- Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, de marzo de 2003.
- Decreto 99/2011, de 7 de julio del Consejo de Gobierno.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Grupo del Banco Mundial (GBM).
- Plan de Acción para personas con discapacidad 2006-2015 (Consejo de Europa).
- Estrategia Española de Discapacidad 2012-2020.
- I Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 1999-2002.
- II Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008.

-III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2012-2015.

11.ANEXOS

ANEXO 1

DIRECTORIO DE CENTROS BASE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

CENTRO BASE 1: C/ Maudes, 26; tfno 915989090. Chamberí. Además de algunos distritos postales de Madrid tiene varias poblaciones adscritas: Acebeda, Alcobendas, Algete, Cercedilla, Colmenar Viejo, Guadalix de la Sierra, Manzanares el Real...

CENTRO BASE Nº 2:

C/ Melquiades Biencinto, 15; tfno: 915521004/1103. Puente de Vallecas. Además de sus distritos postales de Madrid se hace cargo de: Aranjuez, Getafe, Griñón, Leganés, Parla, Pinto, Valdemoro...

CENTRO BASE Nº 3:

Pº. De las Delicias, 65, bloque C; tfno: 915270091/2470. Distrito de Arganzuela. Tiene también sus propios distritos postales de Madrid más poblaciones como: Aldea del Fresno, Cenicientos, Collado Villalba, Escorial, Galapagar, Guadarrama, Las Rozas, Torrelorones, Valdemorillo...

CENTRO BASE Nº 4:

Avda. de Alcorcón, 3; tfno: 916463068. Móstoles. Además de Móstoles tiene las siguientes poblaciones adscritas: Alcorcón, Arroyomolinos, El Álamo, Fuenlabrada, Navalcarnero, Sevilla la Nueva, Villamanta, Villamantilla y Villanueva de Perales.

CENTRO BASE Nº 5:

C/Agustín Calvo, 4; tfno: 913880202/0130. Distrito de Hortaleza. Tiene también sus distritos postales pertenecientes a Madrid y 7 poblaciones: Ajalvir, Cobeña, Daganzo de Arriba, Fresno de Torote, Paracuellos del Jarama, Ribatejada y Valdeolmos-Alalpardo.

CENTRO BASE Nº 6:

C/ Mercedes Arteaga, 18; tfno: 914729201/9151/9064. Distrito de Carabanchel. Atiende a 8 distritos en Madrid y 6 poblaciones: Boadilla del Monte, Brunete, Majadahonda, Pozuelo de Alarcón, Quijorna y Villaviosa de Odón.

CENTRO BASE 7:

C/ Rafael Alberti, 37; 917779399. Distrito de Puente de Vallecas. Le corresponden 18 poblaciones (Carabaña, Chinchón, Ciempozuelos, Colmenar de Oreja, San Martín de la Vega, Villaconejos ...) y 10 distritos de Madrid capital.

CENTRO BASE Nº 8:

C/Jacinto Verdaguer 22-24; tfno: 914280421. Distrito de Carabanchel.

ATENDEMOS A LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS CORRESPONDIENTE A LOS DISTRITOS POSTALES DE MADRID CAPITAL.

CENTRO BASE Nº 9:

Avda. Madrid, 2 posterior, edificio 4, Complejo Miguel Hernández. Coslada (Mejorada del Campo, Nuevo Baztán, Rivas Vaciamadrid, San Fernando de Henares, Torrejón de Ardoz, Velilla de San Antón ...)

4. **Vivienda y entorno** (barreras arquitectónicas, espacio suficiente, accesibilidad a los recursos, relación con el medio social...).

5. **Otras situaciones:**

B) ORIENTACIÓN:

DICTAMEN SOCIAL

CALIFICACIÓN:

Por factores sociales complementarios

Puntos

Situaciones familiares.....
Recursos económicos.....
Situación laboral y profesional.....
Nivel cultural.....
Situaciones sociales del entorno habitual del minusválido.....

TOTAL

Fdo:

ANEXO 3

DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO

El equipo de valoración y orientación nº xxxxxx del Centro Base nºxxxxxx de la Comunidad de Madrid, en la Junta celebrada el día xxxxxxxxxxxx a las xxxxxx emite el siguiente

DICTAMEN

D. xxxxxxxxxxx, con D.N.I./N.I.E. nº xxxxxxxxxxxx nacido/a xxxxxxxxxxxx, en el momento del reconocimiento presenta:

xxxxxxxxxxxxxxxx

correspondiéndole, por estos conceptos y en aplicación de los Baremos de Valoración de Grado de Discapacidad aprobados por Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E de 26 de Enero de 2000) y Corrección de Errores del R.D. 1971/1999(B.O.E. de 13/03/2000), un

GRADO DE LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD GLOBAL DEL xxxxx%

Asimismo, examinadas las circunstancias que concurren y aplicados los Baremos Sociales, se establece una puntuación por

FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS de xxx puntos

por lo que, en conjunto, se reconoce un

GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL xxx%
BAREMO DE MOVILIDAD : NEGATIVO (xxxxx), NO ALCANZA EL MÍNIMO REQUERIDO

Madrid, xxxxxx
EL/LA PRESIDENTE/A DEL E.V.O.

FDO: xxxxxxxx