

LA FORMACIÓN EN TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS MAYORES

Fernando González y Galán

Personal Docente y de Investigación en la Universidad de Salamanca.

Doctor en Sociología, Licenciado en Sociología, Diplomado en Trabajo Social.

RESUMEN

Existe un déficit en la formación del Trabajo Social con personas mayores. Carencias que han sido puestas en evidencia con la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante Ley de Dependencia), que se han unido al ya conocido Programa Individual de Atención (PIA). A partir de la presentación del problema y de un caso a modo de ejemplo de los muchos que se pueden contemplar, el artículo de reflexión pone el acento en la necesidad de abordar tres frentes: el formativo, la dotación de posibilidades y su aplicación concreta en cuanto a disposición de medios. Ello aprovechando las ventajas ya pautadas no sólo por la Ley de la Dependencia sino por el Programa Individual de Atención (PIA).

PALABRAS CLAVE

Formación. Intervención. Recursos.

Resulta frecuente en nuestro área de Trabajo Social ver como los profesionales son, o bien funcionarios que ejecutan las normativas vigentes en la atención a personas mayores, o bien profesionales del área privada que sufren las carencias de medios, y lo que es peor, de formación para afrontar con éxito la intervención profesional con este colectivo. Existen tres áreas de intervención (física, psíquica y social) con los mayores en las cuales los trabajadores sociales deben, como una de las tareas, motivar e involucrar, a personas de su entorno formales e informales responsables del cuidado de los mayores. Se trata de que se ejecute como una de las tareas fundamentales del Trabajo Social la de involucrar, concienciar y conseguir que los mayores dispongan de una vida lo más digna posible.

Para ello es necesario que las administraciones públicas pero también las entidades privadas que llevan a cabo intervención y asistencia con personas mayores desarrollen una programación reglada que permita a los trabajadores sociales adquirir la formación suficiente como para resolver las distintas situaciones con los que se encuentran en el ámbito de su intervención. Son lamentablemente frecuentes los casos de personas mayores que ingresan en una residencia (para válidos y asistidos) y siendo válidos se los abandona a su suerte por familiares y responsables institucionales limitándose toda la atención a la alimentación y la higiene, convirtiéndose al poco tiempo en dependientes. Una mayoría de directores de residencias privadas y personal de las mismas, desconocen completamente las aportaciones de la especialidad o mejor dicho de la práctica geriátrica moderna y si las conocen, en modo alguno las aplican. Y los trabajadores sociales en muchos casos con la simple formación que recibieron durante la carrera universitaria se quedan en la amable voluntariedad. Ello salvo en contadas y admirables excepciones que por su cuenta buscan siempre adquirir una correcta formación profesional.

La geriatría moderna nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie Warren. Enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina. Warren observó en las salas de crónicos de los hospitales donde trabajó, que existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Demostró que muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuada, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad. El conocimiento consciente de las aportaciones de Marjorie Warren es en muchos casos desconocido y en la mayoría de las ocasiones en modo alguno se desarrolla.

Pondré un ejemplo. Una mujer mayor, válida, de 76 años. Se quedó viuda a los 75 años y vive sola en casa. La mujer tiene dos hijos y una hija ya mayores, de 40

y 42 años los hijos y 44 años la hija. Los tres están casados y de ello la anciana tiene siete nietos. Sin embargo, se encuentran fuera de la ciudad trabajando en sus negocios y sólo pueden visitar a su madre los Domingos. En cambio los periodos de vacaciones tales como Navidad, Semana Santa y Verano (julio, agosto y septiembre) los pasan en un pueblecito de la costa mediterránea junto con la abuela. Pues bien, a los 76 años la abuela sufre una pequeña caída y los hijos deciden contratar a una persona para acompañar en los paseos. Habitualmente realiza dos paseos al día con acompañante cada uno de 30 minutos, por la mañana y por la tarde. Todos los días de Lunes a Sábado la acompañante recoge a la persona mayor a las 11 horas de la mañana realiza un paseo de unos 15 minutos hasta el Centro de Día donde la persona mayor se reúne con otras amistades y realiza diferentes actividades. A las 13 horas de la tarde la anciana es recogida por la acompañante y tras pasear durante otros 15 minutos regresa a su domicilio. Tras la comida y la siesta sobre las 17 horas de la tarde la acompañante de nuevo pasea con la persona mayor, esta vez hasta un hogar de mayores que pertenece a la parroquia e iglesia del barrio. Allí pasa la tarde hasta las 20 horas que regresa de nuevo a su domicilio.

Este ritmo de vida se mantiene durante cinco años desde los 76 hasta los 81 años. A los 81 años la abuela comienza a quejarse de un pequeño dolor en la espalda y manifiesta no poder caminar con la frecuencia habitual. Los hijos se reúnen y deciden ingresarla en una residencia. Ingresó como válida. En la residencia le atienden básicamente en todo lo referido a la alimentación e higiene personal y el cuidado de la habitación. Pero no le ofrecen ningún servicio de rehabilitación, ni atienden su pequeña dolencia en la espalda. En ausencia de movilización, a los pocos días la abuela comienza a perder masa muscular, los músculos se atrofian y no puede ya apenas caminar.

La abuela entró a la residencia pesando 62 Kg., y la pérdida de masa muscular la han llevado a quedarse en 51 Kg., en apenas dos meses. La acompañante habitual de la señora, que ha estudiado medicina y se encuentra realizando su especialidad en geriatría, la visita en alguna ocasión. Alarmada por la falta de atención en cuanto a la rehabilitación, decide hablar con los familiares que no hacen ningún caso, más tarde habla con la directora de la residencia la cual sonríe abiertamente pero no ofrece ninguna solución y finalmente decide hablar con la trabajadora social del centro la cual expresa no poder hacer nada al respecto ya que la residencia no dispone de un servicio de rehabilitación y no tiene intención de integrarlo. Por otro lado, la acompañante propone la posibilidad de contratar personal especializado para la rehabilitación por parte de la familia o que la persona

mayor sea trasladada a un centro de rehabilitación cinco días a la semana, sin embargo, la trabajadora social responde que sin la voluntad de la familia y sin el apoyo de la dirección de la residencia no se puede llevar a cabo la iniciativa. Finalmente, la acompañante, resignada decide abandonar toda esperanza de recuperar a la persona mayor que acompañaba. Al año de ingresar en la residencia la mujer fallece a los 82 años, porque los músculos del aparato respiratorio ya no pueden realizar más su función en ausencia de masa muscular y en consecuencia por atrofia de los músculos. Con una rehabilitación la mujer que entró con 81 podía haber logrado, en contra de lo que se piense, una calidad y cantidad de vida notablemente superior.

Conversaciones con distintos trabajadores sociales reconocen que el trabajo con personas mayores es muy gratificante pero con frecuencia denuncian la falta de formación continua y la dejación por parte de las autoridades y responsables institucionales en relación a crear una reglamentación de obligado cumplimiento por un lado, en cuanto a la formación recibida por los trabajadores sociales y segundo con relación a la obligación de crear unos servicios básicos, entre los que deben figurar los de rehabilitación. De hecho la movilidad pasiva y activa funcional y psicológicamente rejuvenece entre 10 y 15 años en comparación con las personas mayores sedentarias de la misma edad. La práctica regular de ejercicio protege, significativamente, frente a muchos trastornos físicos asociados con el envejecimiento (Antón Antón, V. 1999).

La Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia ha puesto de manifiesto notables carencias que principalmente los trabajadores sociales de los centros residenciales privados deben ir tratando con unos medios precarios, en palabras de un trabajador social “a salto de mata”. Por otro lado, según el artículo 18.12 del Decreto 284/96, modificado por el decreto 176/2000, todos los establecimientos residenciales así como los centros de día deberán disponer de un programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a las personas mayores bien sean residentes o usuarios de día. Sin embargo, aquí de nuevo los trabajadores sociales se ven ante una problemática que les desborda.

Si tenemos en cuenta algunas de las recomendaciones sobre el contenido mínimo del Programa Individual de Atención (PIA), observaremos que tenemos cinco bloques para los que los trabajadores sociales que trabajan con personas mayores deben adquirir una adecuada formación. El primer bloque tendría que ver con los datos identificativos, por un lado, de la persona mayor y por otro del personal que trabaja con ella (a modo de recursos formales) y de las personas que forman par-

te del ámbito familiar y de amigos (a modo de recursos informales). En principio, este bloque podría considerarse como un mero trámite en el que recoge nombre y apellidos, lugar de nacimiento o edad. Sin embargo, debe ser considerado como el bloque básico a partir del cual podrán construirse, los restantes cuatro bloques. Ello, porque de los recursos de que se disponga y que son identificados en el primer bloque van a permitir realizar con éxito la atención individualizada.

En el segundo bloque se realiza una valoración inicial de la persona mayor, en el se recogerían las áreas médica (estado de la salud y psíquica), funcional (capacidad para desenvolverse, movilización, caminar, etc.), cognitiva (pensar, percibir, comprender, ubicación espacio temporal), social (amigos, vecinos, familiares, capacidad de relación respetando su personalidad).

En el tercer bloque se establecerían los objetivos a conseguir durante los tres primeros meses para posteriormente adoptar un plan de mantenimiento permanente. Estos objetivos tendrían que ver con el ámbito preventivo, asistencial y educativo. Ello en función de las necesidades específicas de cada persona mayor.

Como cuarto bloque se determinarían las actividades concretas para conseguir una salud física, psíquica y social correcta e independiente en la medida de lo posible.

Por último, el quinto bloque, la evaluación del trabajo realizado, donde se llevan a cabo todas las mejoras y rectificaciones que se estimen pertinentes.

Con un abordaje integral como el que se ha mostrado, casos como el relatado no se repetirían más. La administración, las entidades privadas y los profesionales deberían asumir un mutuo compromiso de formación continua, apoyo, ejecución y revisión constante de las actividades conducentes, por ejemplo, a evitar la atrofia muscular por falta de un adecuado plan de rehabilitación y así impedir la inmovilización y situación de dependencia de la persona mayor.



El Retiro (Madrid), 1996. Luis C. Zamora