

SALUD Y EDAD: EL TRABAJO SOCIAL EN LA INFORMACIÓN Y RECURSOS PARA LA INTEGRACIÓN ENTRE JÓVENES Y MAYORES

FERNANDO GONZÁLEZ Y GALÁN.

Doctor en Sociología, Licenciado en Sociología, Diplomado en Trabajo Social.
Universidad de Salamanca.

RESUMEN

Se realiza una introducción histórica para ilustrar la relación a que se ha llegado en la actualidad entre jóvenes y mayores. A continuación se presentan tres formas de relación básicas que los trabajadores sociales encuentran actualmente entre jóvenes y mayores, lo que se pone en relación con los programas y recursos que sitúan en concordancia a ambos grupos de edad y que puede ofrecer el trabajador social desde el área de salud. Finalmente se hace hincapié en la importancia de involucrar al entorno familiar, social e institucional del mayor como tarea del trabajador social en aspectos relacionados con el cuidado de la salud psíquica y física de los mayores.

PALABRAS CLAVE

Salud, edad, programa, recurso, intervención, motivar, entorno, calidad.

KEY WORDS

Health, age, programme, resource, intervention, motivation, setting, quality.

INTRODUCCIÓN

La relación entre la juventud y la vejez, como toda relación en sociedad (entendiendo por sociedad el espacio social, de convivencia; ya que no es la sociedad o lo social sino otra cosa que convivencia, convivir, vivir con otro y con otros) se las tiene que haber con un drama vital que viene caracterizado, pautado, condicionado por una cultura de época¹: técnica, científica, literaria, artística, moral... En toda Europa, en el mundo occidental y desde luego en España, la sociedad ha pasado de un drama vital situado en el medio rural a un drama vital instalado en un medio urbano. Existe en la actualidad una estrecha relación entre el envejecimiento la sociedad y la salud (Martín, V.; Yubergo, S. 1999). Ello en apenas unos años, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor parte de los largos siglos de la historia de la humanidad, han transcurrido en el medio rural. Y más aún las grandes civilizaciones, babilónica, egipcia, china, azteca, inca transcurrieron en relación con el medio agrario. Y fue el ágora griega la que separó, civilizó y urbanizó al hombre respecto del medio rural y agrario: creando la ciudad. Pues bien, aún con la aportación griega el hombre continuó otros 2000 años conviviendo en el medio rural. Sin embargo, en el Renacimiento comienza un nuevo modo de pensar abstracto, simplificador, racional y ello dejando atrás las complejas y densas retóricas escolásticas y ptolemaicas. Galileo es el representante de una nueva época en el modo de vivir, creer y pensar que hoy nosotros hemos heredado (Ortega Y Gasset, J. 2002). Una raíz simplificadora impregnó el drama vital de los herederos de Galileo: los revolucionarios. Una nueva forma de vida se estaba haciendo posible basada en la creencia de que toda realidad podía ser transformada. Y así fue... y acaso sigue siendo. Nació el Estado moderno con Fernando e Isabel, los reyes católicos, la realidad política podía ser cambiada, aparecieron las épocas de las grandes revoluciones políticas, científica e industrial y con ello el hombre revolucionario, el hombre moderno que produjo el drástico cambio

de la vida rural a la vida urbana en masa. Así llegamos al siglo XX con una media en la esperanza de vida para las mujeres en el año 1901 de 35,70 años y para los varones de 33,85 años². La vejez debido al drama de la época de inicios del siglo XX apenas sí existía como objeto de preocupación y estudio. Y la relación, del joven, de muy precoz edad, con el “anciano” de 35 años, se producía en el núcleo familiar y económico agrario rural, donde cada miembro de la familia contribuía al mantenimiento del grupo familiar dentro del oficio o los oficios heredados familiarmente. En España la industrialización, la generalización de la sanidad y la educación públicas durante la segunda mitad del siglo XX provocan una elevación exponencial en la media de la esperanza de vida y un gran cambio en el trato de convivencia entre los jóvenes y los mayores. Dicha relación, como muchas otras, sale ya del exclusivo círculo familiar y se abre a nuevos espacios sociales, de convivencia, creados por el nuevo escenario vital dado a luz por la innovación técnica y política y la extensión de sus beneficios a la población. Así es posible observar al joven y al mayor en espacios institucionales como la universidad³, lugares de ocio, animación y tiempo libre, residencias de mayores, balnearios, programas de voluntariado o de convivencia, etc. (Beauvoir, S. 1989). De este proceso acaso pudiéramos dibujar un bosquejo en el que nos fuera posible diferenciar tres ámbitos de convivencia y relación entre mayores y jóvenes: el familiar, el profesional y el voluntario

FORMAS DE RELACIÓN QUE ENCUENTRA EL TRABAJADOR SOCIAL ENTRE JÓVENES Y MAYORES A PARTIR DEL DEVENIR HISTÓRICO (FAMILIAR, PROFESIONAL Y VOLUNTARIA)

Como ya se ha reflejado, la nueva situación familiar lleva a crear espacios profesionales y voluntarios de atención a los mayores en los que resulta imprescindible la relación del joven con el mayor. Veamos brevemente el sector económico mayoritario que condiciona el diferente drama familiar:

Ocupados por sector económico, sexo y situación profesional⁴					
Unidades: Miles de personas					
Ambos Sexos	Agricultura	Industria	Construcción	Servicios	
	2008TIII	2008TIII	2008TIII	2008TIII	Total
Total	787,3	3.195,20	2.413,20	13.950,70	20.346,40
Porcentaje	3,87	15,70	11,86	68,57	100

Si dividimos los sectores económicos en primario (actividades de extracción directa de bienes de la naturaleza, sin transformaciones: minería, agricultura, ganadería, silvicultura y pesca), secundario (actividades que implican transformación de alimentos y materias primas a través de los más variados procesos productivos: siderurgia, industrias mecánicas, la química, la textil, la producción de bienes de consumo, el hardware informático, la construcción, etc.), y terciario (actividades que utilizan distintas clases de equipos y de trabajo humano para atender las demandas de transporte, comunicaciones, actividad financieras como la banca, la bolsa, los seguros, o servicios sociales, ocio, espectáculos, gastronomía, turismo, etc.), encontramos que prácticamente el 70% de la población activa obtiene sus recursos económicos mediante una actividad laboral en el sector terciario o de servicios, el 26% en el sector secundario y tan sólo un 4% en el sector primario. Ello pone de manifiesto que de una economía familiar que necesitaba a todos los miembros de la familia en la empresa doméstica en la primera mitad del S. XX se pasa a una economía industrial y de servicios durante la segunda mitad del S. XX. Lo que implica un cambio radical en la convivencia familiar y en la relación del joven con el mayor como una forma de involucrarse lo social en relación con la vejez (Parrero Rodríguez, J. R. 1990).

A diferencia del drama vital basado en la economía doméstica y primaria, en el periodo actual, al mayor ya no se le ofrece sólo el hogar familiar para vivir. Sino que el hecho de que las familias

tengan que habérselas para vivir con un sector económico que obliga a obtener la fuente de ingresos fuera de la economía familiar hace que para las personas mayores surjan tres alternativas posibles, generalmente elegidas ellas en función del estado de salud del mayor, de las posibilidades familiares y acaso también de los principios y valores familiares. En función de esas tres posibles alternativas podremos encontrar el tipo de relación (familiar, profesional, voluntaria) del joven con el mayor.

1ª Alternativa: La persona mayor permanece en casa de los hijos o hijas. En este caso si, por ejemplo, hay cinco hijos, suele repartir dos o tres meses en casa de cada hijo. La persona mayor es atendida siempre por los familiares y la relación del joven con el mayor es siempre familiar: El joven es hijo, nieto, biznieto, sobrino..., del mayor.

2ª Alternativa: La persona mayor permanece en su casa, bien porque conserva a su cónyuge y reciben las visitas de sus hijos, pueden viajar, etc., bien porque reciben la asistencia de profesionales o voluntarios. En este caso, aparte de los vínculos familiares con los jóvenes de la familia, la relación del joven con el mayor puede ser profesional o voluntaria.

3ª Alternativa: La persona mayor comienza a vivir en una residencia de mayores. En este caso la relación del joven con el mayor también puede ser profesional o voluntaria. Si bien reciben visitas familiares. En la segunda y tercera alternativa observaremos, principalmente, los espacios sociales en los que el joven ya como voluntario (sin remuneración económica) ya como profesional (con remuneración económica) desarrollará una actividad con el mayor. Así, en relación con el mayor, podremos encontrar jóvenes profesionales o voluntarios en las siguientes áreas.

Área sanitaria⁵: Medicina, enfermería, fisioterapeuta, etc.

Área de Trabajo Social, servicios sociales, ocio y tiempo libre⁶: Trabajador social, terapeuta ocupacional, animador social, etc.

PROGRAMAS Y RECURSOS QUE SE PUEDEN OFRECER DESDE EL TRABAJO SOCIAL DEL ÁREA DE SALUD PARA MAYORES EN LOS QUE EXISTE OFERTA PARA JÓVENES PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS

En un primer lugar podríamos tener en cuenta los relacionados con la vivienda: La finalidad de estos servicios es mantener a la persona mayor en su entorno más cercano, su hogar, con la mejor calidad de vida posible⁷.

- **Adaptación o adquisición de la vivienda propia:** Se trata de adaptaciones tecnológicas que se realizan dentro de la vivienda de la persona mayor y generalmente destinadas a facilitar la permanencia de ésta en su domicilio.
- **Acogimiento familiar:** En contra de lo que podría pensarse no se trata de un acogimiento en la propia familia que sería lo deseable, sino de una incorporación de la persona mayor en un núcleo familiar con el que no tiene relación de parentesco. Con ello se busca propiciar la permanencia en el entorno comunitario de la persona mayor.
- **Ayuda a domicilio:** La principal finalidad de la ayuda a domicilio estaría vinculada con el hecho de atender a las personas mayores en su propio medio, fomentando su autonomía personal y evitando así el ingreso en residencias. Se trata de la prestación de una serie de servicios, por lo general de carácter doméstico, personal y sanitario, en el propio hogar del mayor, con el fin de cubrir determinados déficit físicos, psíquicos o sociales de la persona.
- **Teleasistencia:** Servicio permanente de comunicación que mantiene un contacto continuado del mayor con un centro de atención a través de un dispositivo técnico, proporcionándole una sensación de seguridad. Se trata de un servicio insuficiente si bien dada la escasez de medios muy necesario.
- **Alojamientos compartidos por mayores y universitarios:** Se trata de uno de los servicios más novedosos y fecundos entre jóvenes y mayores ya que gracias a este servicio se

complementan necesidades recíprocas. Los jóvenes conviven con personas mayores durante el curso académico, paliando problemas de soledad. Este servicio es ofrecido generalmente por las universidades.

En un segundo lugar tendríamos los servicios sociales ofrecidos por medio de instituciones: Suponen un traslado de la persona mayor a un centro o institución donde se la va a prestar el servicio que puede ser temporal o de manera permanente:

- Unidades de estancia diurnas: Centros o servicios donde se ofrece una asistencia a las personas mayores afectadas por algún tipo de discapacidad física, psíquica o social durante un determinado número de horas al día, para favorecer su permanencia en el entorno sociofamiliar habitual (Hoch, H. 1964). Cuentan con servicios de asistencia, atención geriátrica, terapia ocupacional y otros servicios de carácter cultural y recreativo.
- Programa específico de apoyo a familias: Tienden a favorecer la permanencia de las personas mayores en su medio ambiente habitual y facilitar a las familias ayudas y apoyos para la convivencia o atención de sus miembros de edad más avanzada, especialmente con limitaciones, a través de servicios de apoyo en el ámbito comunitario.
- Estancias temporales: Se trata de plazas reservadas dentro de los centros residenciales para cubrir situaciones que requieran el ingreso temporal de una persona mayor.
- Viviendas tuteladas y compartidas: Se trata de viviendas de tamaño reducido, con unas diez plazas y características arquitectónicas adecuadas a las personas mayores, destinadas a solucionar problemas de alojamiento para las personas que pueden vivir de forma independiente. Son pequeñas unidades de residencia, ubicadas generalmente en edificios de viviendas normalizadas y destinadas a un grupo de personas mayores de la zona que posean un buen nivel de

autonomía, las cuales comparten la vivienda y participan en las tareas cotidianas comunes de la misma.

- Residencias: Son recursos de atención institucionalizada en lo que tradicionalmente se ha venido llamando de atención cerrada. Se definen como centros de convivencia destinados a servir de vivienda estable y común a personas mayores, tanto autosuficientes como dependientes, que no pueden satisfacer sus necesidades por otros medios ni ser atendidas en su medio familiar y social. Generalmente, estas residencias tienen una capacidad máxima de 200 personas. Los centros de menos de 50 plazas se denominan minirresidencias y por debajo de de las 12 plazas se habla no de residencias, sino de centros residenciales. Esta última solución de convivencia es válida cuando las personas mayores no requieren atención permanente. En función del grado de dependencia o autonomía de los mayores, las residencias son de tres tipos:
 - a) Residencias asistidas: También denominadas residencias para no válidos. Suponen un escalón intermedio entre los hospitales y la asistencia primaria para las personas mayores. Por definición, las residencias asistidas se han planteado para atender, desde los servicios sociales, los problemas de salud y soledad de las personas de la Tercera Edad que, por tener limitaciones en su autonomía y ser dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan una atención especial y apoyos.
 - b) Residencias de válidos: Son centros en los que se ofrece al anciano que puede valerse por sí mismo una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico geriátrica, rehabilitación menor, terapia ocupacional, podología y otros servicios de carácter cultural y recreativo (Parrero Rodríguez, J. R. 1990).
 - c) Residencias mixtas: Se trata de Centros en los que se ofrece a

los mayores, tanto a los que pueden valerse por sí mismos como a los que necesitan ayuda de terceras personas para su vida diaria, una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico geriátrica, rehabilitación menor, terapia ocupacional, podología y otros servicios de carácter cultural y recreativo. En un tercer lugar tendríamos los servicios ofrecidos en el área de ocio, cultura y participación: Una de las características que definen la vida de las personas de más edad es la mayor disponibilidad de tiempo libre. La práctica de actividades de ocio creativo se relaciona directamente con el bienestar físico y psíquico, así como con los niveles de satisfacción personal, la autoestima y la calidad de vida. Por otra parte, la necesidad que todas las personas tenemos de interacción social debe ser contemplada como una de las variables determinantes de la participación en muchas actividades de ocio que pueden ser, en sí mismas, preventivas de los problemas que se derivarían de la pérdida de motivaciones vitales, del aislamiento y de la autoexclusión.

De este modo, la programación de ocio se vincula íntimamente con la cultura, entendida como proceso por el que, a través de muy diversas actividades formativas, participativas, lúdicas..., se ayuda a aumentar la autonomía y la competencia de la persona mayor en los distintos planos de su vida diaria (funcional, cognitivo, psicoafectivo y social) y en distintos niveles de relación interpersonal (individual, grupal o comunitaria) (Casals, I. 1982).

La programación de ocio y cultura de las personas mayores comprende, además de la oferta que a nivel estatal se centraliza desde el IMSERSO (viajes y balnearios), una serie organizada de intervenciones que, con carácter general se desarrollan como sigue: Centros de día que posibilitan la continuidad de las personas mayores en el medio social y sirven básicamente de lugar de reunión, de convivencia y de actividades culturales o lúdicas. Siendo su denominación muy diversa: clubes, hogares, Centros de

pensionistas, etc. Clubes de los 60 cuya finalidad es realizar viajes con fines culturales, así como desarrollar actividades culturales y recreativas. Aulas de la Tercera Edad: que realizan programas de formación integral a las personas mayores en el marco de la animación comunitaria. Programas universitarios tales como la Universidad de la Experiencia o el programa de Acercamiento entre personas mayores y jóvenes universitarios. El asociacionismo de personas mayores fomentado desde las instituciones públicas como eje fundamental de la participación de los mayores en la comunidad y presencia activa en la sociedad. Gracias al asociacionismo se potencian actividades como las asambleas informativas, charlas, cursos de formación y voluntariado así como talleres de manualidades, gimnasia y otras actividades recreativas. En las asociaciones se encuentran también servicios de peluquería y podología.

SALUD Y EDAD

Dentro del ámbito del Trabajo Social con mayores, una de las principales asignaturas pendientes que reclaman muchos trabajadores sociales es la formación continua y reciclaje profesional para abordar con mayores garantías de éxito profesional la intervención profesional. Involucrar a las familias y a las instituciones en el mantenimiento de la salud psíquica y física de los mayores es algo que todavía no se ha logrado suficientemente y constituye una de las tareas más arduas a llevar a cabo por el trabajador social o la trabajadora. Por ello conocer aspectos relacionados con la geriatría especialidad médica que, de forma más técnica, puede sentar las bases de un uso más racional de los recursos sanitarios en esta edad, puede ayudar notablemente a dotar de argumentos y formación a la profesionalidad del trabajo social en su intervención (Carstensen, L. 1989). Las unidades geriátricas producen beneficios tales como reducir la mortalidad, mejorar el estado funcional y mental, evitar o retrasar la institucionalización (Arriola Manchola, E. 1989). La Geriatría es una

especialidad joven comparada con otras, aunque no tanto como pudiera parecer. El término geriatría se usa por primera vez a comienzos de siglo, en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los ancianos y sus tratamientos (Granjel, S. 1991). Se comienza así a tener conciencia de esta particularidad. Sin embargo, la especialidad o mejor dicho la práctica geriátrica 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. Este proceso iniciado por la Dra. Warren culmina con la creación de la especialidad en el Reino Unido en 1946. En España, en contra de lo que pudiera parecer y de forma pionera, nace muy poco después la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología presidida por el profesor Beltrán Báguena. Cuenta en su fundación con los auspicios de grandes figuras de la medicina española como Marañón y Teófilo Hernando entre otros.

Así, el trabajador social, en el proceso de intervención debe hacer hincapié en que la institución y los familiares tomen conciencia de que se debe conceder prioridad a la movilización de las personas mayores, debido a los beneficios del ejercicio físico y de la movilización temprana. La movilidad con personas mayores se puede dividir en pasiva (realizada por un especialista a la persona mayor) y activa (realizada por la propia persona mayor como andar, bicicleta estática, nadar, etc) (Alberich Nistal, T. 2008). La movilidad es fundamental en las personas mayores debido a que si no se mueve pierde masa muscular de forma muy rápida y la pérdida de masa muscular junto a la ausencia de movilidad acelera la probabilidad de mortalidad. 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). A partir del cuarto decenio de vida, si no hay un entrenamiento previo, el rendimiento cardiaco disminuye. En general con la edad se produce disminución del gasto cardiaco, aumento de la tensión arterial, disminución del retorno venoso. Algunos de los efectos beneficiosos del ejercicio sobre el sistema cardiovascular pueden resumirse en aumento del tamaño del corazón, disminución del número de contracciones por minuto, lo que reduce el trabajo cardiaco durante el reposo, aumento del volumen sistólico, cambios en el volumen sanguíneo y en la hemoglobina, etc. Finalmente debe tenerse en cuenta que con respecto a la prevención de enfermedades se deben tener presentes tres tipos (Barranco Carrillo, A. 2008). La prevención de tipo primario, es decir, entorno, hábitat y familia donde el trabajador social debe fomentar una información adecuada sobre la actividad física, vacunación, alimentación y dieta, debe preocuparse por la adaptación de la vivienda así como por mantener un entorno que promueva la ilusión por la vida. La prevención de tipo secundario o diagnóstico precoz. Y la prevención terciaria para evitar secuelas y efectos secundarios de los tratamientos elegidos. Estos tres elementos son de capital importancia en la intervención y orientación profesional del trabajo social para las personas mayores en el ámbito de la salud

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERICH NISTAL, TOMÁS (2008). Intervención social y sanitaria con mayores: manual con la 3ª y 4ª edad. Madrid. Dykinson.
- ARBELO CURBELO, A. (1981). Demografía sanitaria de la ancianidad. Madrid. Ministerio de Cultura.
- ARRIOLA MANCHOLA, E. (1989). Orientaciones sanitarias para las

personas mayores. Donostia. Ediciones de la Fundación Cultural "Caja de Guipuzcoa": Fundación Matía.

D.L. CARSTENSEN, L. L. (1989). Gerontología clínica. Vol 1, El envejecimiento y sus trastornos. Barcelona. Martínez Roca.

D.L. CASALS, I. (1982): Sociología de la ancianidad en España. Madrid. Editorial Mezquita.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CASTILLA Y LEÓN. (2003). La situación de las personas mayores en Castilla y León. Valladolid.

CES. DE BEAUVOIR, S. (1989). La vejez. Barcelona. Edhasa.

GRANJEL, L. S. (1991). Historia de la vejez: gerontología, gerocultura, geriatría. Salamanca. Universidad de Salamanca.

HOCH, P. H. (1964). Psicopatología de la vejez. Ediciones Morata, Madrid.

MARTÍN, A. V. ; YUBERGO, S. (1999). Envejecimiento, sociedad y salud. Cuenca. Universidad de Castilla La Mancha.

ORTEGA Y GASSET, J. (2002). En torno a Galileo. Madrid. Austral.

PARRERO RODRÍGUEZ, J. R. (1990). Rehabilitación en geriatría. Madrid. Médicos.

D. L. VÍCTOR, A. (1992). Historia social de la vejez. Barcelona. Laertes.

NOTAS

1 Entiéndase por época aquel periodo de tiempo, época, en el cual podemos observar una técnica, una cultura, unas mismas formas de comportamiento social, de convivencia, creencias (no sólo religiosas), pautas de sentir, pensar, comportarse en las que el hombre se apoya para convivir, se siente seguro, que hacen posible diferenciar unos periodos históricos de otros.

2 <http://www.ine.es/prensa/np472.pdf>.

3 Véase por ejemplo los estudios universitarios denominados como Universidad de la Experiencia: (Enlace de Universia: <http://estudios.universia.es/formacion-adulta/index.htm>).

4 <http://www.ine.es> y elaboración propia. Los datos se refieren al tercer trimestre de 2008.

5 Véase en el siguiente enlace el área de salud de mayores de la comunidad de Castilla y León: <http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad>.

6 Véase en el siguiente enlace el área de servicios sociales de mayores en Castilla y León: <http://www.jcyl.es/scsiau/Satellite/up/es/ServiciosSociales>.

7 Véase la página web del IMSERSO <http://www.seg-social.es/imserso/>.