

La demencia y el trabajo social en el ámbito sanitario

M^a del Pilar Cañabate. Trabajadora social.
Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades

“Todo el mundo entiende de temas sociales; cualquiera sería capaz de hacer el trabajo que realizamos los técnicos en servicios sociales; no hace falta ser un especialista para decidir como se tiene que intervenir (...) Son ideas y afirmaciones relativamente frecuentes, para la desesperación de quienes trabajamos en servicios sociales, que ya no sabemos cómo explicar que no todo es tan fácil como parece, que casi nunca hay soluciones simples, que las ayudas materiales por si solas no suelen solucionar nada... Pero claro, lo que la mayoría piensa es que nos dedicamos a gestionar ayudas, a visitar domicilios, a dar buenos consejos, a organizar talleres y cosas parecidas. Y eso, claro está, puede hacerlo cualquiera que tenga una cierta cultura y una pizca de gracia. No hace falta ser un especialista”

(García Herrero, 1999; 21)

ATENCIÓN SOCIAL Y DEMENCIA: GESTIÓN DEL CASO

La persona diagnosticada con demencia está integrada en una red de relaciones que ahora deben cambiar para ajustarse a la nueva situación. Para una verdadera atención integral es necesaria una aproximación en la que se ponga atención al conjunto de las relaciones entre los elementos y sus cualidades. En este sentido, dependencia, conducta y estado cognitivo son indicadores a partir de los cuales se puede inferir el tipo de cuidados y atención que la persona necesita. Esta información junto a la evaluación social del entorno socio-familiar del sujeto, permite determinar las demandas y privaciones que pueden aparecer en la atención a la persona con demencia (fig.1).

Fig. 1. La evaluación socio familiar en los procesos de demencia



La atención a una persona con demencia ha de partir de un enfoque que integre diferentes disciplinas y, por lo tanto, modelos diversos de incidir en la realidad. Desde esta óptica, el trabajo social es una disciplina imprescindible, que se presenta como una más en la atención a la persona. Completar el diagnóstico clínico con un abordaje social, aparte de ser imprescindible, es preventivo.

A- El ámbito del trabajo social

La intervención del trabajador social en la evaluación de una persona con deterioro tiene como objetivo la inserción de la demencia en un contexto determinado. El trabajador/a social es el especialista mejor capacitado para medir de forma cualitativa el impacto social que produce la dolencia.

Completar el diagnóstico clínico con una evaluación social, tiene una finalidad preventiva. El trabajador social que conoce la situación desde el principio del proceso y que participa en la evaluación de la situación (que no trabaja, pues, a demanda del clínico) colabora en el “tratamiento” integral para que el entorno de la persona con demencia busque su equilibrio y reajuste. Para ello acompaña a la familia, como responsable del cuidado de la persona, en la búsqueda de soluciones para hacer frente a las necesidades, tanto objetivas como subjetivas, latentes o expresadas, que la situación va planteando.

La estandarización diagnóstica que permite la biomedicina no se da, por definición, en el trabajo social. Esta “dispersión diagnóstica” obliga al trabajador social a un estudio muy preciso de cada caso. En materia social, 1+1 no siempre es igual a 2, porque no hay dos unidades iguales. No es posible enfrentarse a una situación repitiendo fórmulas que en otras “situaciones iguales” han dado resultados positivos. Ni las personas son las mismas (o aun siendo las mismas ya no serán “iguales” a las de antes), ni la situación es igual a la anterior.

El conocimiento del trabajo social no es un “conocimiento intelectual” sobre un objeto externo, a la manera de la ciencia formal, sino un “conocimiento para la acción”, para el cambio, para la praxis. Así, la percepción e interpretación que tienen los propios sujetos sobre su realidad es uno de los aspectos fundamentales que el trabajador social contempla y ha de tener en cuenta. Así, en el trabajo social, el término “conocimiento” se reemplaza por el de comprensión, ya que “conocer” comporta quedarse al margen de los hechos como un observador externo, y “comprender” implica, por el contrario, estar

presente en la situación y en las acciones que en ella confluyan (Zamanillo y Rodríguez, 1992).

El modelo de pensamiento en trabajo social está basado en la noción de relación y bienestar. El trabajo social intenta comprender cualquier hecho social centrado su atención en las interrelaciones que existen entre los diferentes elementos de la realidad de un contexto. El trabajo social con familias es una intervención en lo social (que no a nivel psicológico). El trabajador/a social observa a un individuo en función de sus sistemas significativos de pertenencia, siempre en un rol que supone una “relación con”. El trabajador/a social realiza una evaluación social y familiar de la persona con demencia para diseñar el plan de intervención (Cerulla, Rojo, Aguilar, 2003). En esta evaluación se contemplan aspectos tales como: características estructurales de la familia; distribución de roles; relaciones previas; situación económica; entorno geográfico y equipamientos; grado de estabilidad del entorno; percepción socio-familiar de la situación; funcionamiento social y familiar de la persona con demencia; hábitos; impacto en las expectativas de vida de los cuidadores, etc. (fig. 2). La posición relativa de los factores que inciden en la situación y su peso en el conjunto de la situación varían en cada caso y en cada momento para un mismo caso.

Fig. 2. Atención integral



La finalidad del trabajo social es facilitar el crecimiento y el cambio adaptativo ante las nuevas situaciones que desestabilizan y repercuten negativamente en el sistema familiar; pero también va encaminado a la “prevención” del desequilibrio y desajuste familiar, en cuestiones de orientación y decisión que reclaman un asesoramiento técnico. Se trata, en definitiva, de ayudar a los sujetos y familias a un mayor grado de desarrollo en su autonomía, merced ya sea por condicionamientos externos o internos, ya por el interjuego de ambos.

Aún así, no deben confundirse situaciones transicionales de la familia con situaciones patológicas. El trabajador social no realiza terapia, ni interviene en la atención directa a personas con estados patológicos. Ahora bien: cualquier acto del trabajador social es terapéutico en el sentido, planteado por Cancrini (1991), que promueve cambios; una intervención cuya meta es facilitar “...una reacción más racionalmente apropiada a una situación de dificultad en las relaciones interpersonales”.

B- Gestión social de la situación

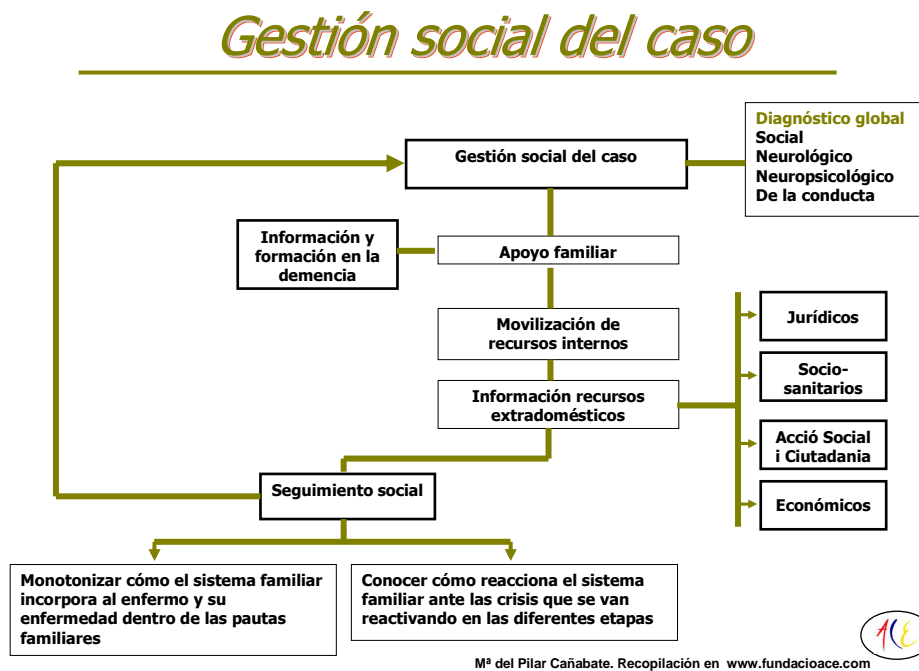
Como ya venimos diciendo, la heterogeneidad del funcionamiento de los grupos socio-familiares no permite protocolizar un plan de intervención único aplicable en todas las situaciones. El plan de intervención debe ser personalizado para adecuarse mejor a las necesidades de cada grupo doméstico.

El objetivo de la evaluación social inicial es recabar información básica para determinar y diseñar cuál es el plan más adecuado según la situación actual. Los seguimientos periódicos permiten revisar la adecuación del plan, detectando los cambios y modificando la estrategia, eventualmente, para responder a la nueva realidad.

Por su conocimiento global de la situación, el trabajador/a social se ocupa de proveer a la familia de mecanismos y habilidades de gestión de la enfermedad a partir de una intervención dirigida a transmitir, de forma apropiada a cada grupo familiar, información sobre la enfermedad, realizando un trabajo educativo y preventivo con la familia. Posteriormente, la intervención va encaminada a potenciar los recursos internos socio-familiares, alentando la reorganización del sistema familiar y evitando, en la medida de

lo posible, la figura del “único cuidador principal” y promoviendo el “cuidado del cuidador” (Fig.3).

Fig. 3. Intervención social



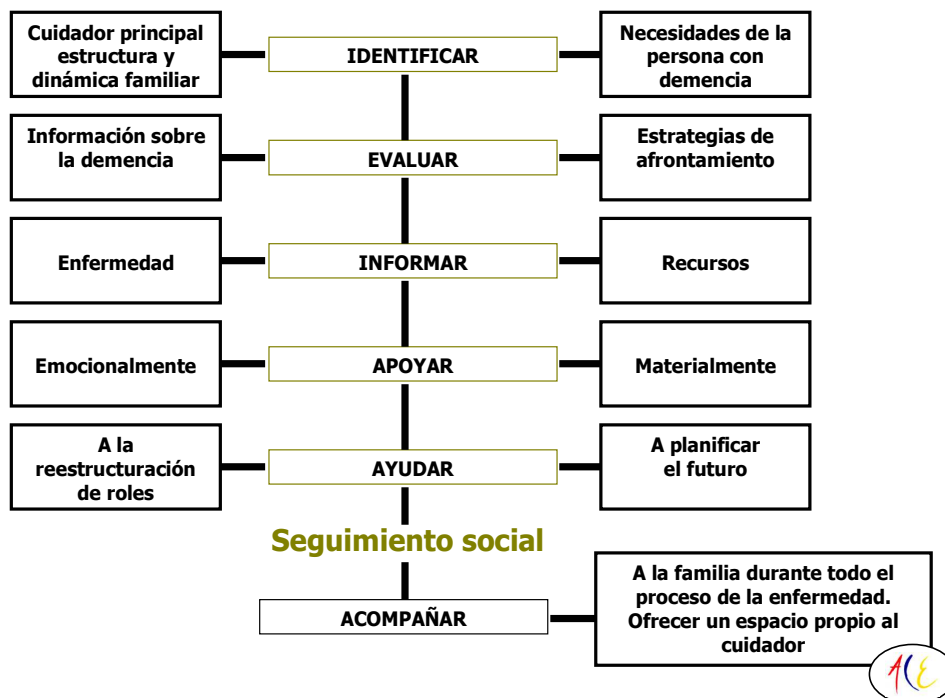
Los contactos de seguimiento del trabajador social con el núcleo cuidador tendrán la función de monitorizar cómo el sistema familiar va incorporando al enfermo y a su enfermedad dentro de sus pautas de funcionamiento familiares, alentando la reorganización cuando convenga. Esta supervisión tiene, también, el objeto de conocer cómo reacciona el sistema ante las crisis que se van reactivando en las diferentes etapas que atraviesa una persona durante un proceso de demencia y ayudar, si es preciso, a aliviar el impacto de estas crisis para poder retornar a la situación de equilibrio (Boada y Cañabate, 2004).

El trabajador social detecta y actúa, en primer lugar, sobre los factores sociales del entorno del enfermo. En segundo lugar, su actuación va encaminada a detectar, potenciar y movilizar los recursos internos de su núcleo socio-familiar para retornar a la

situación de equilibrio. Si la situación lo requiere, en algunas ocasiones recurre a la ayuda de recursos externos a la familia.

Fig 4 A modo de conclusión

Gestión social de la situación



Fuente: Cousido, S "Proceso asistencial en la demencia vascular" [Modificado]

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, M. y Casabell B. DEMEN. *Curso de formación sobre demencia en atención primaria. Utilización de los recursos*. Barcelona: Doyma, 2001.
- Boada, M y Cañabate, P “Calidad de vida del paciente con demencia y su cuidador” en Jiménez, D et. Altri (eds) *Ictus y demencia vascular*. Madrid: Ergon, 2004.
- Cancrini, L. *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós, 1991.
- E.U.T.S. *Trabajo Social. Conceptos y herramientas básicas*. Barcelona; ICESB, 1989
- Cañabate, M^a P. “Análisis sobre las representación biomédica y popular de la demencia senil y el Alzheimer” en *Quaderns-e. Institut Català d’Antropologia* 2003/b; 2
- Cousido S. Proceso asistencial en la demencia vascular. En: Jiménez D, Moreno J. Iriarte LM, editores. *Ictus y demencia vascular*. Madrid: Ergon; 2004. p. 281-306.
- Garcia Herrero, G. “Mitos y condiciones de trabajo en equipo en los servicios sociales” en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1999 nº 46 (21-42).
- Grup de treball del Consell Asesor en Psicogeriatría. Els trastorns cognitius i de la conducta en l’atenció socio sanitària. *Pla de Salut. Quadern-10*. Barcelona: Server català de la Salut, 1998.
- Martorell, A. “An anthropological perspective of Alzheimer Disease” *Geriatric Nursing* 2003 24:26-31.
- Sitjà, M. *Terminología de los Asistentes Sociales Materiales de Trabajo Social*. Barcelona: Col.legi de Treball Social Barcelona, 1998.
- Tárraga, L y Cejudo, J. El perfil del cuidador del enfermo de Alzheimer. En: Fernández-Ballesteros, Díez Nicolás (coord.) *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Tomo I. Madrid: Obra Social de Caja Madrid; 2001 p. 121-139
- Zamanillo, T y Rodríguez, A. “Apuntes para una valoración diagnóstica” en *RTS*, nº 127, 1992. (48-52).