

Salud, bienestar y trabajo social

Servicios por el bien de la salud

Las aportaciones que se realizan desde el Trabajo Social hacia la consecución y el mantenimiento de la salud de las personas son múltiples, aunque poco visibles. Son aportaciones que difícilmente se relacionan de forma directa con la salud, ya que su incidencia es, en muchas ocasiones, indirecta a la sintomatología presentada.

Que el entorno sociofamiliar de las personas está directamente relacionado con un determinado nivel de bienestar, en el sentido más amplio del término, es una realidad.

Las disrupciones que se generan a lo largo de la vida evolutiva de las personas ocasionan una diversidad de demandas y necesidades, en función del ciclo vital en el que se presentan y de las propias capacidades individuales y sociofamiliares.

En el caso de las personas mayores y personas con dependencia, aparece la dificultad de redistribuir las cargas que la pérdida de autonomía genera, aparecen vínculos entre dependencia y salud mental, la soledad, sobre todo de las mujeres, personas que se han convertido en cuidadoras de otras personas, y la necesidad a su vez de cuidar a la persona cuidadora.

El caso que se expone a continuación nos muestra que la capacidad de adaptarse a las necesidades es un buen camino para contribuir a la salud individual, familiar y social.

Primera visita, septiembre de 2010

La persona que realiza la demanda es el marido y cuidador de la Sra. Margarita. Ambos tienen 73 años. Él refiere mucha preocupación por su esposa, plantea que pasa todo el día en casa, que tiene muchos problemas de salud, presenta dificultades al caminar y está muy deprimida.

Él, muestra síntomas de agotamiento ya que es el único cuidador con dedicación casi exclusiva a las atenciones que su esposa requiere. Explica que la situación perdura desde hace más de 10 años y es cada vez más grave.

En esta primera visita se recoge toda la información planteada por el demandante. Se intenta crear un vínculo de confianza y reconocer/valorar su tarea de cuidador como un hecho importante centrándolo en la visita en él en lugar de hacerlo en su esposa. Se cambia el foco de atención desde el valor de su tarea, no negando su demanda. De este modo se intenta crear un clima en el que pueda plantearse una posible claudicación (agotamiento) y su tratamiento, en el caso que fuese necesario. El cambio del foco permite una nueva perspectiva de la situación también para él, así como un vínculo entre nosotros que facilite la intervención de la profesional.

Acordamos que la próxima visita será en el domicilio familiar para poder conocer a Margarita y su entorno. Después se podrá plantear una hipótesis de trabajo y un plan de mejora adecuado.

Segunda visita, octubre de 2010.

Centrándonos en el objetivo de conocer a Margarita y teniendo en cuenta que estamos en el domicilio familiar, el ritmo de esta entrevista queda sometido a lo que permita la paciente.

Margarita está al corriente de la consulta que realizó su marido y le plantea que el motivo de mi visita es conocerla personalmente a ella. De este modo, ahora es ella el foco de la entrevista. Su marido siente cierta complicidad conmigo y aunque está presente, se mantiene visiblemente apartado, permitiendo que sea Margarita la protagonista esta vez.

Y efectivamente, cumpliendo con su papel, Margarita explica que tiene dos hijos y dos nietos que viven en otra población. Explica que hace más de 20 años que está enferma, que ella tiene un mal físico, pero que no le encuentran qué es lo que tiene. Cuenta que ha estado ingresada en psiquiatría en tres ocasiones. Incluso muestra documentos médicos que hacen referencia a un trastorno histriónico de la personalidad, así como la medicación psiquiátrica que toma.



En esta visita se observa que Margarita necesita soporte para la mayoría de actividades básicas de la vida diaria: no se puede duchar sola, no puede preparar comidas, camina con soporte (bastón) y no puede realizar sola las transferencias (levantarse, sentarse, acostarse...). No tiene relaciones sociales, solo sale de casa para realizar visitas médicas. A pesar de haber estado ingresada en diversos hospitales psiquiátricos, de tomar medicación psiquiátrica y de tener un diagnóstico psiquiátrico, Margarita no se reconoce como enferma mental. Yo hago lo mismo, en ningún momento la considero enferma mental y no hago la más mínima referencia al respecto, tampoco le pregunto en ese sentido, me limito a escucharla.

Aprovechando que se muestra como víctima y en el papel de "yo no quiero ser una carga pero no tengo elección", intento que realice una proyección al futuro en el que ella no sea una carga y en consecuencia sea más feliz. Consigue visualizarse en algún lugar compartiendo espacios lúdicos con otras personas. Enlazo esta proyección ofreciendo la posibilidad de asistir a un lugar en el que ella se pueda distraer, relacionar, hacer alguna cosa que le guste y le proporcione una vida propia al margen de su marido.

Acordamos una próxima visita para gestionar un servicio de Teleasistencia. Así obtendremos una mayor tranquilidad y seguridad para el matrimonio, ya que Margarita estará en todo momento conectada a los servicios de urgencia en caso necesario. También gestionaremos la Ley de la Dependencia. Esto le permitirá a Margarita, acceder al servicio más adecuado para ella o bien obtener una prestación económica por cuidador no

profesional. En todo momento se plantean opciones, permitiendo la libre elección a Margarita y la posibilidad de realizar cambios en cualquier ocasión.

Tercera y cuarta visita, noviembre y diciembre de 2010

Se realizan las gestiones correspondientes a los acuerdos adoptados en la visita anterior. Nos ubicamos en el domicilio familiar para permitir la presencia de Margarita en todo momento, fortalecer así el vínculo establecido con la profesional y como estrategia facilitadora de confianza.

Se fomenta que la familia aporte posibilidades en relación a promover la recuperación de Margarita. De este modo, también se consigue la participación y la corresponsabilidad de la familia en relación a su situación. Las propuestas de la familia serán las prioritarias en el plan de trabajo.

Les expongo las gestiones de coordinación que he realizado con los agentes sociosanitarios del entorno, que a su vez, se encuentran interconectados. Se contacta con tres Centros de Día de la zona para compartir objetivos, sumando capacidades y esfuerzos, que permitan la mejor adaptación posible de Margarita al servicio. Un Centro de Día para personas mayores está especializado en situaciones de dependencia, complementan la atención propia del entorno familiar, con la finalidad de promover la recuperación o el mantenimiento de la autonomía personal para que puedan permanecer tanto como sea posible dentro de su entorno personal y social.

Evolución del caso

En previsión del resultado de la valoración de la dependencia, se aportan las diferentes modalidades en que la Sra. Margarita podría beneficiarse de prestaciones y/o servicios. Se le ofrecen distintos servicios (Centros de Día, Servicio de Atención Domiciliaria), con distintos horarios y diversas compatibilidades de prestación económica. Todo se le plantea desde el respeto, con la tranquilidad de que nada es definitivo, todo lo puede probar y si no se encuentra cómoda lo puede cambiar. Y sobre todo, ella decide en todo momento que quiere hacer y cómo. En septiembre de 2011 recibe la resolución de que tiene un Grado III y Nivel 2 de dependencia, es una Gran Dependencia. En este momento se puede tramitar la correspondiente cartera de servicios y prestaciones que se le asignan por su grado y nivel. A los tres meses, la Sra. Margarita entró en un Centro de Día y a las pocas horas tuvieron que llamar a su esposo para que la fuese a recoger. No se sintió bien, no era el lugar adecuado para ella. Permaneció en su domicilio durante un mes, en el que nadie le reprochó nada al respecto. Se sintió tan respetada que al mes siguiente pidió entrar en otro, ya que conocía a una vecina que le había hablado muy bien de él. Allí pudo estar durante dos meses. Se esforzó mucho, pero no se adaptó. De nuevo permaneció en el domicilio por decisión propia. Ya comenzaba a sentir que manejaba su vida, tomaba sus propias decisiones. A los dos meses, la avisaron de uno de los Centros públicos en los que había hecho reserva, comunicándole que ya había plaza para ella. Para sorpresa de todos, Margarita decidió volver a intentarlo. Ya ha pasado un año y el proceso de recuperación que ha realizado ha sido espectacular. Su entorno ha cambiado y ella ha cambiado. Ha reducido su medicación, puede hablar sin ahogos, camina sin soporte, puede hacer su cama, preparar comidas, ha mejorado su relación de pareja y lo más importante, se siente muy feliz.

ANABEL FUENTES
TRABAJADORA SOCIAL

**ASISTENCIA SANITARIA
ESPECIALIZADA EN MEDICINA
NO CONVENCIONAL**

MEDICINA NATURISTA

MEDICINA HOMEOPÁTICA

**MEDICINA TRADICIONAL CHINA.
ACUPUNTURA**

**GINECOLOGÍA
Y MEDICINA DE LA MUJER**

**PSICOLOGÍA
Y DESARROLLO PERSONAL**

OSTEOPATÍA

TERAPIAS MANUALES

FISIOTERAPIA GLOBAL ACTIVA

SOFROLOGÍA

ESTÉTICA NATURAL



PARA AMPLIAR INFORMACIÓN:

www.integralcentremedic.com

Teléfono: 934 677 420

C/ Diputación, 321, 1º 1ª. 08009 Barcelona

info@integralcentremedic.com