

**Título** Atención Social a las necesidades de cuidados de una anciana enferma mental crónica.

**Código** : 1.UCA.03.1.2011.CP

**Sistema de Servicios:** Servicios de Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

**Resumen:**

Al Trabajador Social Sanitario de Atención Primaria le demandan intervención en caso de condiciones insalubres de vivienda y de apoyos a los cuidados en anciana dependiente por problemas de salud física y mental. La valoración propone intervenir para rehabilitación de vivienda y aceptación de ayuda formal a los cuidados. En la implementación de las intervenciones detectamos dificultades en la comprensión y aceptación de la familia del problema de salud mental de la anciana. Una historia familiar condicionada por ello que genera en la familia una importante capacidad para contener su sufrimiento y dificultades para aceptar ayuda. Aquí nuestras intervenciones necesitan estar apoyadas por los demás profesionales sanitarios y planteadas con los Trabajadores Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios a través de una estrategia de cooperación desde un modelo de Trabajo en Red. En estas situaciones necesitamos respetar el ritmo de la familia y de la persona dependiente en asumir y aceptar los cambios producidos por la enfermedad y sus consecuencias. El potencial de ayuda queda condicionado por nuestra capacidad de escucha, aceptar sus dificultades ofreciendo un prisma diferente desde el que observarlas, entender sus dudas y problemas para la toma de decisiones y confiar en sus capacidades para alcanzar cambios.

**Palabras clave:** Dependencia, enfermedad mental, ayuda social, cooperación, trabajo en red, empoderamiento.

**Summary.**

The Medical and Public Health Social Worker is requested to intervene in a case of insalubrious housing conditions and of care of a dependent elderly woman because of health and mental problems. The assessment proposes to work on the house rehabilitation and on the acceptance of formal aid. In the intervention implementation, we detect difficulties in the understanding and acceptance of the elderly woman's mental issue by her family. These difficulties make evident a familiar history conditioned by this fact, which creates a great capability to contain such suffering having difficulties to accept the offered aid.

In cases like the one described above, our interventions need to be supported by the rest of health care professionals and posed with the Community Social Services through a clear cooperation strategy. Moreover, we need to respect the family and patient's pace in assuming and accepting the changes caused by her illness and its consequences.

Thus, the aid potential is conditioned by our capability to listen and to accept its difficulties, offering a different perspective from which to observe them, understanding the family's doubts and problems to make decisions as well as trusting their capability to achieve changes.

**Key words:**

Dependence, mental illness, social assistance, cooperation, networking, empowerment.

## **Introducción.**

En las necesidades de apoyos a los cuidados a personas mayores dependientes encontramos gran cantidad de situaciones de intervención por profesionales del Trabajo Social. Generalmente las demandas son atendidas por las/los Trabajadoras/es Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de forma coordinada con los profesionales de los Equipos de Salud a través del/la Trabajador/a Social Sanitario/a asignado al mismo. La disciplina del Trabajo Social reconoce como situación de especial vulnerabilidad aquella en la que el funcionamiento familiar se puede ver alterado al tener que afrontar los cuidados que requieren los mayores dependientes.

No todos los grupos familiares vivencian estas situaciones de manera conflictiva, en general la mayoría de las familias poseen recursos y habilidades entre sus miembros y sus normas de funcionamiento les permiten un adecuado ajuste a las nuevas situaciones. Sin embargo es habitual que en ese proceso de ajuste necesario afloran conflictos y “nudos” no resueltos que necesitan ser tenidos en cuenta en nuestra atención ya que pueden comprometer la viabilidad del Plan de Atención Social, dirigido a garantizar los cuidados necesarios al mayor dependiente y su familia. Necesitaremos dar el oportuno lugar a estos conflictos y trabajar con sus implicados de cara a despejar elementos paralizantes en la intervención social y ayudar a nuestros clientes a salir reforzados y con el crecimiento que la situación de crisis les pueda ofrecer. Perseguiremos empoderar a los miembros familiares haciéndoles más capaces de decir, asumir sus responsabilidades y confiar en sus propias capacidades.

La frecuencia de problemas de salud mental atendidos desde la Atención Primaria de Salud es alta. Aunque actualmente no es frecuente, podemos encontrar algún caso de patología grave y con años de evolución que sólo son conocidos y atendidos desde la Atención Primaria de Salud careciendo de seguimiento desde los servicios especializados en salud mental. Estos se caracterizan por tener un entorno familiar y social resistente a la ayuda externa y altamente contenedores del malestar con un nivel de sufrimiento para sus miembros, alto también.

En el caso que presentamos convergen indicadores de riesgo social asociados a las situaciones descritas anteriormente: situación de dependencia en persona mayor con patología mental crónica, Trastorno Mental Grave (TMG), con importantes connotaciones de género. El interés del mismo lo encontramos en la necesidad de intervención sobre los conflictos personales y familiares que se detectan al intentar organizar apoyos formales. Conflictos vinculados a los temores y mitos sobre la enfermedad mental, un pasado familiar organizado en la dificultad para entender la patología y un alto sacrificio familiar originado por el rechazo a la ayuda externa, como mecanismo de protección a la persona enferma.

## **El dispositivo de servicio.**

El servicio donde se ubica el Trabajador Social referente del caso es una Unidad de Gestión Clínica que corresponde a un Centro de Salud urbano situado en una capital andaluza, turística y costera: Málaga.

La Atención Primaria de Salud supone el primer nivel de atención del Sistema Sanitario Público. Es la puerta de entrada para cualquier demanda de atención sanitaria.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, publicada en el BOE 128 de fecha 29 de mayo de 2003, establece en su artículo 12 lo siguiente, en relación a las prestaciones de atención primaria:

*"La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social".*

El Decreto 195/85, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía, en el Artículo 4 se define el Equipo Básico de Atención Primaria como *"el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito territorial de actuación es la Zona Básica de Salud y con localización preferente en los Centros de Atención Primaria"*. En el apartado 2º de este mismo artículo, se especifica claramente quiénes integran este Equipo Básico y, en su apartado C menciona a: **Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.**

Los Trabajadores Sociales Sanitarios de Atención Primaria desempeñan su labor integrados en los Equipos de Salud junto a Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras Comunitarias y Enfermeras de Enlace. La misión del profesional de Trabajo Social Sanitario es contribuir a la atención integral de los problemas de salud aportando la dimensión sociofamiliar al diagnóstico clínico y al plan de atención que desde el Equipo de Salud se diseña. Para ello aportará, tras la investigación y análisis del contexto social y familiar, el diagnóstico social y la propuesta de un Plan Individualizado de Atención Social que, una vez consensuado con el cliente y el Equipo, incorporará al Plan de Atención en Salud. Las principales actividades que desarrollará para alcanzar los objetivos del Plan de Atención Social serán: orientación social a nivel individual, grupal y familiar; coordinación intranivel, internivel e intersector; terapia social a nivel individual, grupal y familiar; gestión y movilización de recursos personales y materiales. El marco desde el que desarrollar la intervención se basará en las estrategias de cooperación bajo un modelo de Trabajo en Red.

## **Relato del caso**

### **1.-Demanda.**

- Quien realiza la demanda.

La enfermera comunitaria informa al Trabajador Social Sanitario del Centro de Salud de situación de riesgo en anciana que vive en casa con condiciones insalubres. La anciana esta inmovilizada, con obesidad mórbida, vive con un hijo y le cuida este y una hija casada que acude a diario y es quién lleva todas sus cuestiones médicas.

- Qué se demanda.

La demanda inicial planteada por la enfermera comunitaria se centra en las posibilidades de ayudas económicas para arreglo de vivienda. Además se plantea valoración de posible sobrecarga en cuidadores e intervención dirigida a la búsqueda de apoyos formales a los cuidados en domicilio.

## **2.- Valoración Social.**

- Investigación exploratoria y técnica que se aplica.

Tras la derivación del caso por la enfermera comunitaria el Trabajador Social planifica entrevista con la familia y cita a la hija encargada de las visitas médicas.

En la *primera consulta*, a través de entrevista de valoración social con la hija M<sup>a</sup> Gracia, se recoge información sobre composición y organización familiar actual:

Juana tiene 70 años, viuda desde hace 35, el marido, Manuel, falleció de problema hepático con 40 años. Ella es pensionista por viudedad con ingresos aproximados de 600 €/mes. Tiene cuatro hijos:

- Manuel de 46 años, casado, con dos hijos de 14 y 10 años, obrero de la construcción en paro, la esposa trabaja en el servicio doméstico, viven en la misma ciudad en el mismo barrio de Juana.

- M<sup>a</sup> Gracia de 45 años, casada, con tres hijos de 17,10 y 7 años, trabaja en el servicio doméstico y el marido es obrero eventual en trabajos portuarios, viven en barrio colindante con el de la madre.

- Ana de 40 separada, con una hija de 15 años con enfermedad degenerativa física, trabaja en la hostelería de forma discontinua y vive en el mismo barrio que la hermana M<sup>a</sup> Gracia.

- Miguel, de 38 años, soltero, de profesión peluquero, en paro desde que le despidieron del parking público donde trabajaba, no percibe subsidio, vive con la madre y es su cuidador principal.

La vivienda es un piso bajo, propiedad de la madre, en edificio construido en los años 70, tiene aproximadamente 50 m<sup>2</sup>. Consta de dos dormitorios, salón-comedor, cocina, baño no adaptado. Al parecer, los problemas de humedades son debidos a filtraciones de aguas residuales y afectan a paredes y suelo en toda la vivienda, principalmente a la zona donde colindan el baño y la cocina con el salón-comedor.

Juana, debido a su obesidad, no sale de casa y necesita ayuda para todas las necesidades básicas excepto alimentarse: aseo, vestido, deambulacion. Controla esfínteres. El hijo Miguel es quien le atiende y se encarga del acompañamiento (no la dejan nunca sola) y tareas domésticas. M<sup>a</sup> Gracia, lleva todas las cuestiones médicas, le realiza el aseo personal a diario y colabora en la elaboración de comidas y tareas domésticas. Los otros dos hijos tienen contacto puntual con la madre: Ana justificada por su ocupación laboral y la atención de la hija y Manuel por distanciamiento con los hermanos a raíz de riña familiar hace 5 años, visita a la madre “dos o tres veces al año”. La administración de la pensión la realiza M<sup>a</sup> Gracia.

Al detectar posibles necesidades de apoyos a los cuidados y con el objetivo de completar la valoración de la demanda sobre la vivienda se propone visita domiciliaria. M<sup>a</sup> Gracia muestra cierta reticencia. Tras varios rodeos explica que su madre es “especial” y que de momento “no hable delante de ella de ese tema (sus problemas de relación) y sólo hable de los problemas de la vivienda”. Ella y su hermano se las apañan bien para atenderla y “son los únicos que la entienden”. En esta parte de la entrevista M<sup>a</sup> Gracia se muestra visiblemente emocionada, se hacen varios silencios en los que llora con pena

contenida y se disculpa diciendo que lleva un mal día. Cuando se explora las relaciones sociales y vecinales de la madre aclara que no tiene “ella es especial” “igual tiene buen carácter que se enfrenta a los demás ...piensa que la gente le hace daño”. Aclara que “en realidad desde que su madre le llevaron a la fuerza al Hospital Civil y estuvo en psiquiatría ya no es la misma”. Después de morir su padre dejó de salir. Me pide que “por favor no hable de eso con ella en la casa que ahora esta tranquila”. Muestra miedo a que se intervenga en su situación familiar y desconfía de que le podamos ayudar o más bien “desordenemos” su actual situación de cierto “equilibrio”.

A pesar de las reticencias se propone visitar a la madre para conocerla, ver los problemas de la vivienda y previamente revisar su historia de salud junto a su médico de familia y su enfermera de zona.

**- Investigación exploratoria, técnica que se aplica y evidencias encontradas: problemas y necesidades identificadas.**

*Investigación de la situación de salud.*

En reunión con su Médico de Familia (MF) informa de que Juana presenta un trastorno mental no diagnosticado de tipo paranoide. Por la hija sabe que estuvo hace muchos años ingresada, al parecer un mes, en Hospital Civil en área de Psiquiatría. Después aunque se le propuso seguimiento en consultas externas no lo realizó. Actualmente se le mantiene con medicación que la controla la hija y supervisa él. En algún momento se intentó buscar su historial en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) pero aunque la hija la solicitó, había problemas para encontrarla, las historias de Psiquiatría antiguas del Hospital estaban almacenadas y para recuperarlas era necesaria una petición expresa, demasiado engorrosa para lo que podría aportar. La posibilidad de valoración actual por USMC se planteo pero los problemas de movilidad, por su obesidad, lo habían descartado. En general llevaba bastante tiempo compensada de la patología mental aunque tenía otros problemas crónicos: obesidad e hipertensión que le hacían muy dependiente haciendo vida de persona inmovilizada.

*Visita domiciliaria de valoración social.*

La visita se acordó con la hija y se avisó, acudió el Trabajador Social Sanitario. En casa se encontró a Juana y sus hijos M<sup>a</sup> Gracia y Miguel.

La vivienda presentaba importantes problemas de humedades a pesar de estar perfectamente limpia y ordenada. Juana, sentada en su sillón, fue colaboradora, respondió a las cuestiones que se le plantearon referidas a tareas que hacía por ella misma y que básicamente eran comer, para lo demás: caminar, vestirse, asearse, levantarse...necesitaba ayuda. Parecía bien orientada y coherente en su discurso poco fluido. Cuando se le planteo buscar ayudas no se negó.

*Entrevista, a petición propia, con el hijo Miguel.*

Acude a consulta de Trabajo Social, tras la visita domiciliaria inicial, pidiendo ayuda para él. Expresa sobrecarga en los cuidados de la madre, incapacidad para permitirse continuar un proyecto laboral e importantes problemas de autoestima.

A partir de estas intervenciones de valoración social se inicia un Plan de Atención Social.

### **3.- Diagnóstico social.**

- Juicio diagnóstico.

Anciana viuda, con problemas de salud física y mental (TMG) crónicos que le convierten en persona inmovilizada y generan importante sobrecarga a sus cuidadores principales, dos de sus cuatro hijos. La sobrecarga en los cuidadores viene determinada por la no capacidad para entender la patología mental, miedo a las conductas desajustadas de la madre y la resistencia a delegar cuidados en el sistema de ayuda formal. A ello se suma que la vivienda que ocupa la anciana, junto a uno de los hijos cuidadores, presenta condiciones insalubres por importantes problemas de humedad.

- Hipótesis de Intervención. Pronóstico.

Las familia presenta dificultades organizativas de cara al cuidado de Juana que están condicionadas por carencias materiales (vivienda en mal estado) e importante dependencia funcional que aleja a esta de una ancianidad autónoma en lo instrumental y en lo volitivo.

Intervenir sobre la demanda expresada facilitará conectar con las personas cuidadoras y abrir posibilidades al tratamiento de las dificultades estructurales familiares: vivencia del trastorno mental grave (TMG) de Juana de forma paralizante en las organizaciones personales de sus miembros. Ayudar a reconocer sus capacidades, entender la enfermedad mental, resituar el sufrimiento permitirá encauzar la ayuda a los cuidados por dependencia y tomar decisiones respecto al futuro de forma participada y responsable por todos, incluida Juana.

### **4.-Plan de Intervención Social**

#### **- Objetivos:**

- Asesorar sobre opciones para mejorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda.
- Orientar a Juana y sus hijos medidas disponibles de apoyo a los cuidados en domicilio.
- Facilitar la aceptación de Juana de la llegada de apoyos formales: ayuda a domicilio, teleasistencia, unidad de estancia diurna...
- Organizar los cuidados en domicilio con la participación de todos los hijos facilitando un reparto lo más equilibrado posible de responsabilidades entre ellos.
- Ayudar a los hijos a compatibilizar los cuidados de la madre con sus proyectos personales: formativos, laborales, familiares, ocio...
- Propiciar la evaluación de salud mental de Juana. Participar en dicho proceso y en la ejecución del consecuente Plan Individual de Tratamiento (PIT), principalmente en el manejo de las situaciones novedosas que se generarán al introducir en la organización de cuidados actual los servicios y ayuda formal para la atención a la dependencia de Juana.
- Acompañar a los hijos en el proceso de comprensión y aceptación del trastorno mental de la madre.

-Acompañar y orientar a los hijos en el proceso de toma de decisiones sobre las medidas de apoyos al cuidado de Juana a medio y largo plazo: opciones de servicios derivados de la valoración de situación de dependencia en mujer afectada por TMG.

### **- Líneas de Intervención:**

#### Actividades

- Orientar a los hijos sobre cuestiones referidas a:

- Renovación DNI, con indicación de como solicitar a la Policía la realización del mismo en el domicilio.

- Petición de Tarjeta Junta Andalucía 65 de cara al acceso a Teleasistencia y a las ayudas Económicas para Rehabilitación Individual de Vivienda de la Junta de Andalucía- Consejería de Ordenación del Territorio y Vivienda.

- La gestión de las Ayudas Económicas para la Rehabilitación de la Vivienda.

- La instalación del Servicio de Teleasistencia.

- El proceso de Valoración de la Situación de Dependencia de Juana.

- La toma de decisiones sobre medidas de Atención a la Situación de Dependencia incluidas en el Plan Individual de Atención (PIA).

- Valoración de los problemas de Salud Mental de Juana.

- Tratamiento social a los hijos, ayudándoles en el proceso de aceptación de la situación de dependencia y trastorno mental de Juana:

- Facilitando la comprensión y normalización del trastorno mental.

- Ayudar a despejar mitos y a integrar una vivencia del pasado menos lesiva.

- Ayudando a la toma de decisiones basada en aceptar medidas de apoyo formales.

- Acompañar a los procesos individuales de toma de decisiones sobre sus respectivos proyectos personales dando cabida al cuidado de la madre y de ellos mismos también.

- Coordinar con los profesionales del Equipo de Salud-Coordinación intranivel:

- La valoración de la situación de salud de Juana de cara a emitir el Informe de Condiciones de Salud necesario para la valoración de la situación de Dependencia.

- La petición valoración al servicio de especializados en salud mental (USMC) para el diagnóstico y propuesta de tratamiento de los problemas de salud mental de Juana así como su manejo de cara a la aceptación de apoyos formales en su cuidado.

- Decidir sobre las intervenciones de educación sanitaria individualizada y grupal para los hijos y referidas al manejo y comprensión de los problemas de salud de Juana.

- Seguimiento de incidencias en la puesta en marcha de las nuevas medidas de atención sociosanitarias.

- Coordinación con los profesionales de la USMC-Coordinación internivel:

- Planificar la valoración de los problemas de salud mental de Juana en consulta o en domicilio.

- Conocer el Plan Individual de Tratamiento: manejo de problemas de conducta, indicaciones sobre psicoeducación a la familia, medicación, seguimiento especializado o no.

- Coordinación con las Trabajadoras Sociales de Servicios Sociales Comunitarios-Coordinación intersector:

- Solicitud de Ayuda a Domicilio Municipal mientras se resuelve el proceso de Valoración de la Situación de Dependencia.

- Planificación de la puesta en marcha del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal, seguimiento en su prestación y manejo de posibles incidencias derivadas de la aceptación del Servicio por Juana.

- Seguimiento de incidencias referidas a Resolución de Valoración de Dependencia.

- Planificación de medidas derivadas de los apoyos recogidos en el PIA.

- Intervención de orientación familiar para la reorganización de cuidados no formales.

- Orientación a los hijos, principalmente Miguel, sobre medidas de apoyo a la formación y/o empleo.

- Coordinación con técnicos del Departamento de Ayudas a la Rehabilitación de la Delegación Provincial de Vivienda y Ordenación del Territorio-Coordinación intersector:

- Para asesoramiento sobre el proceso de solicitud de ayuda económica de rehabilitación individualizada de vivienda recogidas en el Plan Concertado de Vivienda y Suelo 2008-2012.

**-Niveles de intervención:**

-Individual con Juana para que acepte la valoración de salud mental y ayudas formales en su cuidado en domicilio.

-Individual con Miguel mediante terapia social para trabajar sus problemas de autoestima y reconducir sus proyectos personales: empleo, formación, ocio...

-Individual y grupal con M<sup>a</sup> Gracia a través su incorporación al Programa de Grupo de Ayuda Mutua para Personas Cuidadoras en el que participa durante más de 8 sesiones. Se le ayuda a aceptar y normalizar los problemas de salud de la madre y permitir el acceso a ayuda formal.

-Familiar a través de entrevista en el espacio de SSSS-Comunitarios con Manuel, M<sup>a</sup> Gracia y Miguel para planificar reparto de tareas y responsabilidades en el cuidado de la madre.

Evaluación:

- **El espacio temporal** en el que se desarrolla la intervención del caso abarca desde junio del 2009 a mayo 2011, casi dos años.

- Actualmente Juana dispone de PIA por Dependencia recibiendo Ayuda a Domicilio correspondiente a una Dependencia en Grado 2 y Nivel 1 y Teleasistencia, desde agosto del 2010. Los hijos en marzo del 2011 presentaron solicitud de cambio de PIA pidiendo Centro Residencial.

- En febrero 2011 se facilita a la familia silla de ruedas de ancho especial para que el Servicio de Ayuda a Domicilio o los hijos puedan traerla a consulta al Centro de Salud y a la USMC cuando tuviese cita.

- El expediente de solicitud de ayuda económica para rehabilitación de vivienda se completo y dejo listo para resolver en noviembre del 2009. Sin respuesta hasta el momento, en febrero del 2011 M<sup>a</sup> Gracia acudió a las oficinas de la Delegación de Vivienda, se le informó de que estaba en estudio.

- Con el hijo Miguel se realizo terapia social en los meses de agosto, septiembre y octubre del 2010, posteriormente se realizo seguimiento indirecto a través de la hermana M<sup>a</sup> Gracia que refirió que lo veía “ mejor, esta más en lo suyo, hace deporte y sale no sé con quién”.

- En febrero del 2011, se realizo derivación a USMC, allí acudieron a cita Manuel y M<sup>a</sup> Gracia explicando la negativa y dificultades de Juana para acudir. M<sup>a</sup> Gracia pide en esta ocasión ayuda a su hermano Manuel que parecía ajeno a todo, y la encuentra.

- En marzo de 2011 realizan valoración domiciliaria una Psiquiatra y la Trabajadora Social de la USMC, diagnosticando trastorno esquizoide e instaurando tratamiento farmacológico que controlará su MF.

- M<sup>a</sup> Gracia acude en abril 2011 a contar como fue la valoración de salud mental: “creí que era más grave y parece que no le dieron importancia” y expresa que “al principio me dio rabia y me enfadé con la psiquiatra”. Después contó que se sintió mejor, “no sabe porqué” y se atrevió a preguntarle a la madre si se iría a un Centro ya que ni ella ni sus hermanos podrían hacerse cargo de cuidarla y le respondió que hiciesen lo que les pareciese bien, ”por eso ya le hemos pedido Residencia por la Dependencia en los SSSS”.

## 5.- Discusión y opinión.

El caso ha tenido atención social durante los últimos casi dos años, y continua con ella, no es un caso cerrado.

No solo se ha intervenido a nivel social desde el Trabajador Social Sanitario de AP, también por la Trabajadora Social de la USMC y se planificaron intervenciones conjuntas con las Trabajadoras Sociales de SSSS Comunitarias tanto las de la UTS como las responsables del PIA por Dependencia, desde un modelo de cooperación en la intervención.

El trabajo compartido con los profesionales sanitarios del Equipo de AP, Médico de Familia y Enfermera ha permitido detectar riesgos sociales, fijar objetivos comunes e intervenir en la misma dirección: reducir la sobrecarga a los cuidadores, mejorar la calidad de vida de Juana.

El consenso de todos los profesionales por respetar el ritmo de los clientes en asumir los cambios que el proceso de aceptación de una enfermedad y sus consecuencias, así como las necesarias medidas de atención, ha sido una de las claves para conducirnos en la intervención con este caso.

Incorporar en la Atención Social diferentes niveles de atención, a veces a la vez, permite trabajar de forma simultánea distintos aspectos y áreas: personal, familiar, dotando de mayor potencial transformador nuestra intervención y ganando en eficacia. Esto es sólo posible con una adecuada toma de decisiones compartida (profesionales y clientes) y definiendo claramente el objetivo común al que podremos llegar desde diferentes disciplinas y con distintas herramientas hacia la misma meta.

La escucha activa de los cuidadores, aceptar sus miedos, facilitarles una narrativa donde depositar cómo se sienten sin temor a posicionarse, entender sus dudas y dificultades en la toma de decisiones, disculpar sus limitaciones... nos ponen a los profesionales del Trabajo Social en condiciones de servir de ayuda facilitando los cambios y confiando en las importantes capacidades que los clientes poseen.

## 6.- Bibliografía.

- ABOLAFIO MORENO E. y otros. (2003). Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Revista de Trabajo Social y Salud*. Nº 46. Diciembre. 243-262.
- AYMERICH BOLTA E. y otros. (2005). *Funciones y Competencias de los Trabajadores Sociales del Campo Sanitario*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya.
- CANET, M.M. (2002). La Coordinación del Trabajo Social en Salud con los Servicios de Bienestar. Barcelona. *Revista de Trabajo Social* Nº 166. Junio. 67-79.
- COLOM MASFRET, D. Y otros. (2000). *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada*. Madrid. Ministerio de sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Especializada.
- ITUARTE TELLAECHÉ, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. Siglo XXI de España Editores.
- RICHMOND M. E. (2005). *Diagnóstico Social*. Consejo general de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. Siglo XXI de España Editores S.A.