

# TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL



**La importancia de la provisión de apoyo social  
en el contexto de la salud y la enfermedad.**

**¿Es necesario el Trabajo Social Sanitario?**

**Autora:** D<sup>a</sup>. Laura Pérez Maldonado

**Tutor:** D. Juan María Prieto Lobato

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2018 - 2019

FECHA DE ENTREGA: 9 de julio de 2019

*“El trabajador social no gestiona la miseria, defiende la dignidad.”*

Ana Lima

## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. LA SALUD DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOPSIICOSOCIAL. ....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. ASPECTOS SOCIALES Y SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD. ....</b>	<b>9</b>
2.1.1. Proceso salud – enfermedad. ....	9
2.1.2. Aspectos sociales presentes en la salud. ....	13
2.1.3. Aspectos sanitarios que influyen en el bienestar social. ....	15
2.1.4. La importancia de identificar necesidades sociales. ....	17
<b>2.2. APOYO SOCIAL Y SALUD .....</b>	<b>19</b>
2.2.1. ¿Qué es el apoyo social?.....	19
2.2.2. La importancia de la familia en la provisión de apoyo social.....	22
2.2.3. El cuidado informal y la crisis de los cuidados. ....	24
<b>2.3. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.....</b>	<b>26</b>
2.3.1. Origen y definición.....	26
2.3.2. Funciones. ....	28
2.3.3. Técnicas documentales de intervención. ....	30
2.3.4. Colectivos según la enfermedad. ....	33
2.3.5. Recursos sanitarios y sociales.....	35
2.3.6. Herramientas de valoración de Apoyo Social.....	36
2.3.7. El alcance de la Planificación del Alta Hospitalaria. ....	37
<b>3. POLÍTICAS SOCIO SANITARIAS. ....</b>	<b>39</b>
<b>4. BUENAS PRÁCTICAS EN EL FOMENTO DEL APOYO SOCIAL EN SALUD.....</b>	<b>42</b>
<b>5. CONCLUSIONES. ....</b>	<b>47</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>
<b>7. LEGISLACIÓN Y PLANIFICACIÓN.....</b>	<b>58</b>

<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO I: ESCALA GIJÓN DE VALORACIÓN DE RIESGO SOCIOFAMILIAR. ....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO II: CUESTIONARIO APGAR. ....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO III: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DUKE. ....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO IV: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT. ....</b>	<b>62</b>

## Índice de tablas

<i>Tabla N°1: Posibles efectos físicos y psicológicos derivados de la enfermedad.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabla N°2: Recursos sanitarios y sociales.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla N°3: Buenas prácticas en el fomento de apoyo social en salud.....</i>	<i>42</i>

## Índice de ilustraciones

<i>Ilustración N°1: Agentes vinculados a la salud.....</i>	<i>9</i>
<i>Ilustración N°2: Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.....</i>	<i>10</i>
<i>Ilustración N°3: Factores exógenos y factores endógenos presentes en el proceso salud-enfermedad.....</i>	<i>11</i>
<i>Ilustración N°4: Funciones del Trabajador Social Sanitario Hospitalario.....</i>	<i>29</i>
<i>Ilustración N°5: Símbolos más habituales del genograma.....</i>	<i>31</i>
<i>Ilustración N°6: Ejemplo de mapa de relaciones y símbolos más habituales.....</i>	<i>32</i>
<i>Ilustración N°7: Ejemplo de ecomapa.....</i>	<i>32</i>

## Resumen

La enfermedad genera una serie de dificultades tanto para el enfermo como para su familia, produciendo situaciones de malestar, preocupación y nerviosismo. La persona que enferma experimenta un cambio repentino al que debe hacer frente, junto a un posterior periodo de convalecencia en la mayoría de los casos.

Ante estas situaciones, es indiscutible que el papel del apoyo social es trascendental a la hora de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos. Las redes de apoyo social ayudan a minimizar el estrés que genera la enfermedad y a adaptarse a ella desarrollando una actitud de enfrentamiento.

En nuestra sociedad, la familia es la institución principal que proporciona apoyo social al enfermo, pero el cambio reciente de la estructura familiar española y las redes sociales han generado transformaciones en el modo de tratar y cuidar a las personas enfermas, dando lugar a nuevas realidades y a la *crisis de los cuidados*.

Además de tratar lo anterior y la relación existente entre apoyo social y salud, es oportuno que, este trabajo sirva para promover la función del trabajador social sanitario en Atención Especializada como proveedor de apoyo social, y realizar una revisión de los diferentes recursos que podemos utilizar hoy en día para afrontar estas situaciones.

**Palabras clave:** Trabajo social sanitario, apoyo social, familia, salud, enfermedad, necesidades sociales.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) define la salud como “el equilibrio entre lo psicológico, lo biológico y lo social y no tanto la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Por otra parte, nuestra Ley de Sanidad no sólo regula el derecho a la salud física, sino también a la social: “Es una prestación del sistema la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurren en situaciones de enfermedad garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”.

Han sido numerosos los abordajes sobre el concepto de apoyo social desde los años cincuenta hasta la década del dos mil, pero todos coinciden en que las redes sociales son una gran fuente de apoyo social ya que favorecen la calidad de vida y el bienestar de las personas. Además, la relación entre salud y apoyo social es muy estrecha, ya que éste reduce las consecuencias de un acontecimiento estresante como es la enfermedad (Aranda & Pando, 2013).

Barrón (1996) manifestó que el debilitamiento de los apoyos sociales da lugar a problemas que afectan directamente a la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Por todo esto es necesario, además de la asistencia sanitaria, una asistencia social que se encargue de llevar a cabo una atención integral y que los pacientes y/o su familia puedan sentirse acompañados y comprendidos en este proceso.

El trabajador social sanitario se centra en las dificultades generadas en el proceso salud-enfermedad, ayudando a tomar decisiones adecuadas, informando sobre los derechos que les corresponden, aclarando ciertas cuestiones, o asesorando sobre los recursos externos a los que pueden acceder.

Por todo esto, el **objeto** de este trabajo es analizar la importancia que tiene el apoyo social en el proceso salud-enfermedad, así como las consecuencias que pueden surgir debido a la insuficiencia de este; y el papel que tienen los Trabajadores/as Sociales Sanitarios/as en su fomento.

Como **objetivos específicos**, los siguientes:

- ✓ Determinar la importancia del apoyo social en el proceso salud-enfermedad y si su presencia influye en el bienestar de las personas.
- ✓ Analizar los cambios de la estructura familiar que han originado la transformación de las redes sociales y, en muchos casos, la desaparición del apoyo social.
- ✓ Describir la importancia de los/las profesionales del Trabajo Social Sanitario ante la ausencia de apoyos sociales.
- ✓ Explorar los recursos de Apoyo Social existentes a nivel nacional.
- ✓ Exponer una serie de conclusiones partiendo de los resultados obtenidos.

El **interés e importancia** de este TFG, desde el punto de vista académico, se encuentra en los temas de la salud y el bienestar presentes en numerosas publicaciones que forman parte de los elementos centrales de la intervención social y está muy relacionado con nuestra dimensión del Trabajo Social.

A lo largo del grado he estudiado asignaturas relacionadas con la importancia que tiene el apoyo social en el bienestar y la calidad de vida del individuo (*Redes sociales e intervención comunitaria en Trabajo Social, Salud pública y Trabajo Social, Sistemas de Bienestar Social y Trabajo Social...*).

Además del interés en el impacto que todos estos aspectos tienen en la salud de las personas, también debemos tener en cuenta el impacto en el ámbito sanitario, ya que la falta de apoyo sociofamiliar perjudica a este, de manera que en muchas ocasiones los pacientes se encuentran hospitalizados por razones sociales, y no sanitarias, dando lugar a la saturación de los hospitales de agudos y demorando la atención de otros pacientes.

Es por eso por lo que, desde el punto de vista profesional, existe un sistema de derivación intrahospitalaria deficiente debido a que los profesionales sanitarios no dan importancia a las intervenciones sociales, entre otras cosas, porque consideran que las necesidades sociales no son objeto de intervención en el ámbito sanitario y el hospital tiene que ofrecer exclusivamente atención sanitaria.

A esto se suma el desconocimiento de la existencia del Trabajador Social Sanitario y sus funciones, tanto por parte del personal sanitario, como de los pacientes y sus familias.

Situándonos en una perspectiva social, nos encontramos en un momento de muchas transformaciones sociales en el que la forma de cuidar ha cambiado, dando lugar a la denominada *crisis de los cuidados*, y que en los próximos años provocará una redefinición de los sistemas de ayuda.

Desde el punto de vista institucional, la escasa coordinación entre profesionales sanitarios y sociales reduce la capacidad de atención y dificulta la atención integral del paciente, reduciendo, a la vez, la eficacia de los recursos hospitalarios. Por otro lado, las políticas de salud de nuestro país siguen centrándose en curar y/o paliar las enfermedades, en vez de intervenir en las causas de estas como prevención.

Por último, este tema me interesa porque estoy involucrada personalmente debido a que, tras realizar las prácticas curriculares en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, pude observar que los pacientes que requerían una intervención social eran, mayoritariamente, personas de la tercera edad.

La limitación de la autonomía de los pacientes con edad avanzada constituye la problemática más frecuente en el ámbito sociosanitario, y, si a esto se le suma la falta de información, acompañamiento, asesoramiento, etc., resultará en un empeoramiento del estado físico y psíquico del paciente.

Para intervenir en esta realidad, debemos centrarnos en la importancia que tiene la Unidad de Trabajo Social en el ámbito hospitalario, y es ese el motivo de este trabajo.

La metodología de este trabajo ha consistido en una **revisión bibliográfica** de fuentes documentales como libros, artículos académicos, revistas, legislaciones, etc. más relevantes sobre el apoyo social y la importancia que tiene su provisión en el proceso de salud – enfermedad, el papel de la familia ante esta situación, y la trascendencia de los trabajadores y trabajadoras sociales como proveedores, no solo de recursos, sino de apoyo social y acompañamiento a pacientes y/o familias en el ámbito sanitario.



## 2. LA SALUD DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOPSIICOSOCIAL.

### 2.1. ASPECTOS SOCIALES Y SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.

#### 2.1.1. Proceso salud – enfermedad.

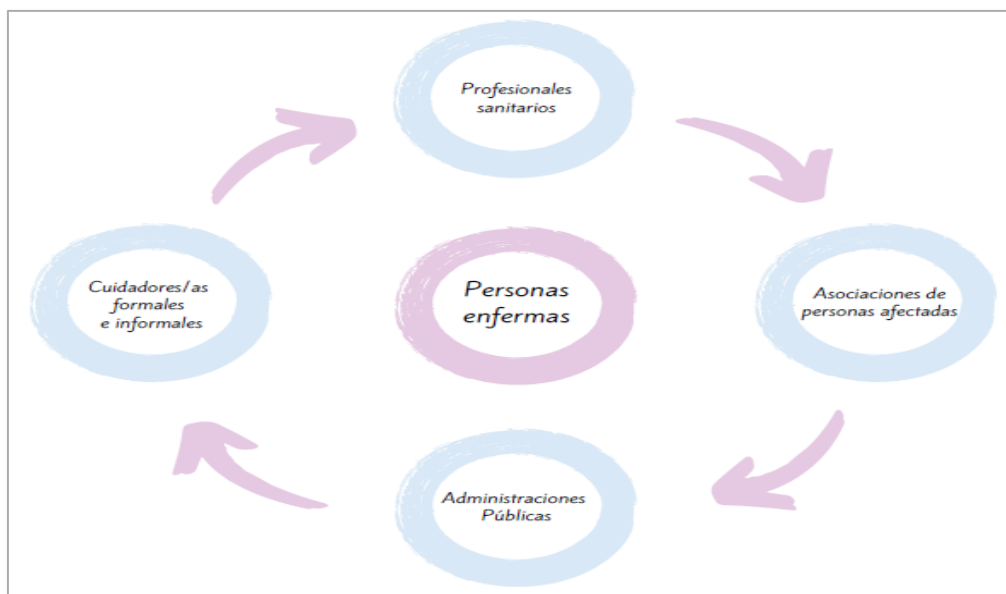
La definición de salud más importante en la actualidad es la que plasma la Organización Mundial de la Salud (1948) en el preámbulo de su Constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

El conocido Informe Lalonde (1974) defendía que la mayoría de las enfermedades tienen un origen socioeconómico, partiendo de la base de que la salud o la enfermedad no dependen únicamente de factores biológicos (Guerra et al, 2018).

Por lo tanto, la salud tiene un carácter biopsicosocial, tal y como defiende Briceño-León (2000): “Es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y con la economía internacional.”

En la realidad de la enfermedad, además de la persona que lo sufre, existen otros agentes (García, 2008):

**Ilustración nº1: Agentes vinculados a la salud.**



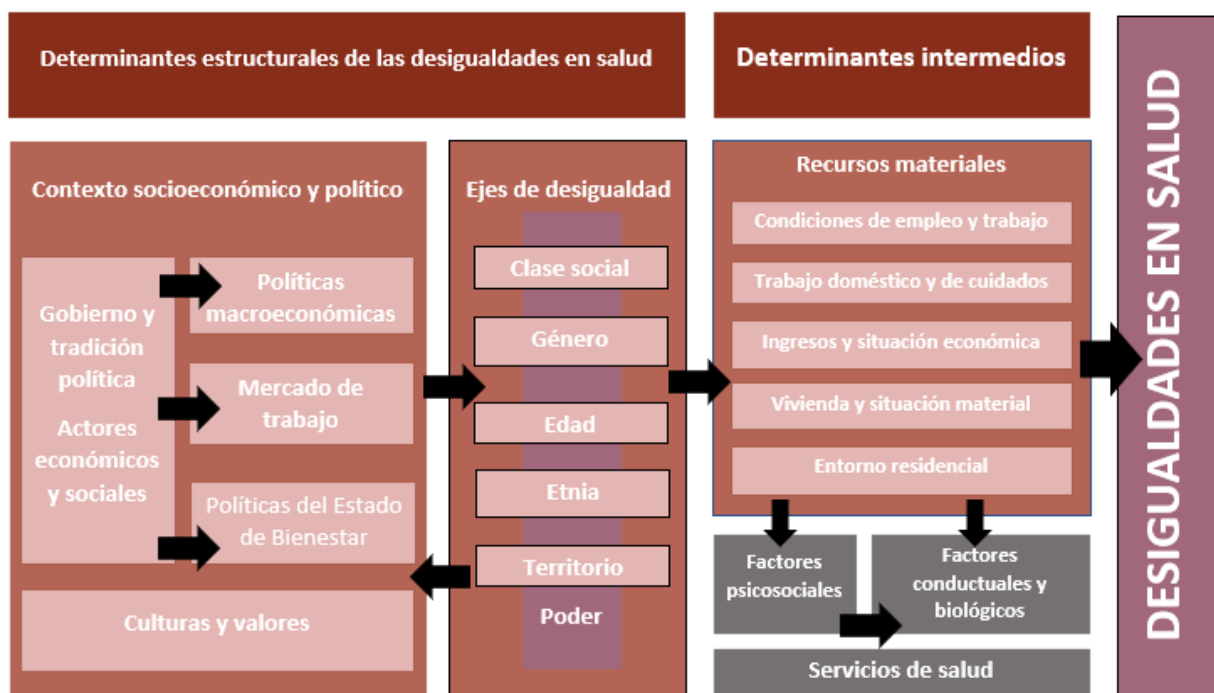
Fuente: Elaboración propia a partir de García, 2008.

La importancia de la provisión de apoyo social en el contexto de la salud y la enfermedad.  
¿Es necesario el Trabajo Social Sanitario?

Así, existe un conjunto de factores que afectan positiva o negativamente en el estado de salud de los individuos y las comunidades, denominados determinantes de la salud. Por otra parte, los determinantes sociales de la salud son denominados por Palomino et al. (2014) como “aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.”

Es por eso por lo que se inició la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud (2012) con el fin de establecer medidas de intervención que disminuyeran las desigualdades en salud. Para explicar las causas de estas, tomaron como referencia el marco conceptual de la OMS, distinguiendo dos determinantes: Estructurales e intermedios.

**Ilustración N°2: Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.**

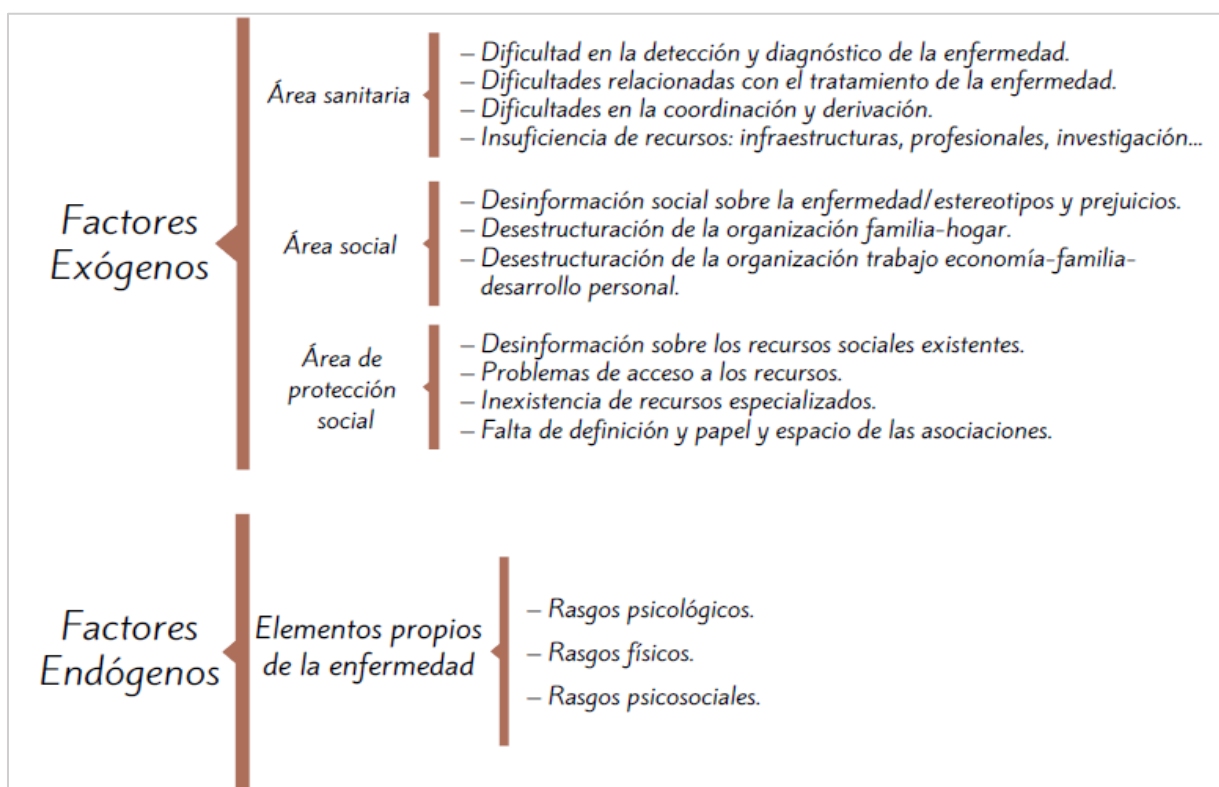


Fuente: Elaboración propia a partir de Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, (2012).

Por otro lado, la enfermedad es definida por la OMS como “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Herrero Jaén, 2016).

Aunque cada enfermedad marca unas necesidades y problemas específicos, hay dos tipos de factores que están presentes en esta realidad: Se trata de los factores exógenos y los factores endógenos. Los primeros son aquellos que no provienen del propio individuo directamente, dándose en diferentes ámbitos y, los segundos, sí provienen directamente del individuo (García, 2008).

**Ilustración N°3: Factores exógenos y factores endógenos presentes en el proceso salud-enfermedad.**



Fuente: Elaboración propia a partir de García, 2008.

La experiencia de enfermar no solo abarca el dolor físico, si no que alcanza otras dimensiones como los morales o los emocionales. Es habitual que el paciente desarrolle las siguientes conductas de inadaptación (Alonso, 1989):

- Regresión: la persona enferma se muestra pasiva y dependiente, entregándose a los cuidados sanitarios.
- Agresividad: manifiestan descontento con los cuidados que reciben, descargando contra los profesionales sanitarios complicaciones que hayan podido surgir o aspectos frustrantes.
- Inculpación: el paciente busca una explicación a su enfermedad y se culpa a él mismo de su situación. En este caso es muy importante la comunicación con el enfermo para evitar depresiones o intentos de suicidio.
- Evasión: la persona enferma se traslada a un mundo subjetivo.
- Negación de la realidad: no aceptan su situación.

Por otro lado, los pacientes también pueden desarrollar reacciones favorables, aunque son menos comunes, como, por ejemplo:

- Superación de la enfermedad: Se muestran cooperativos y dispuestos a participar para cambiar su situación.
- Resignación: Esta reacción es similar a la anterior, pero con menor participación.
- Apropiación: El paciente es consciente de su situación y acepta su enfermedad, incorporándola a su vida.

### 2.1.2. Aspectos sociales presentes en la salud.

Tal y como declara el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS (2017), “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es el de poder lograr el grado máximo de salud, independientemente de su raza, religión, ideología política, o condición económica y social.”

Por otra parte, según OXFAM INTERMÓN (2019):

*“La expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo, siendo la diferencia en la esperanza de vida entre personas con alto y bajo nivel adquisitivo en Barcelona es de hasta once años, y de casi siete en Madrid, situando a España en el cuarto país más desigual de la Unión Europea.”*

Tal y como defienden Azpiazu et al. (2002), “el estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida”, pero existen otros factores; y es por eso por lo que La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010), enumera los siguientes aspectos sociales que influyen en la salud:

**EDAD Y ASPECTOS CULTURALES:** En función de los contextos históricos de los países, las características culturales originan situaciones de discriminación y segregación.

Se ha demostrado que pertenecer a determinados grupos, como el colectivo gitano en España, por ejemplo, supone estar expuesto a la exclusión social y situaciones de discriminación interpersonal e institucional, todas ellas con impacto en la salud (La Parra, 2009).

**SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL:** Según la clase social o posición socioeconómica, se ha demostrado que la salud empeora en función de la clase social a la que pertenezca un individuo, afectando estas desigualdades a la totalidad de la población, y no solo a la más pobre.

Un claro ejemplo de esto son Los Estudios de Whitehall (1967), que, liderados por el epidemiólogo inglés Michael Marmot, pudieron comprobar que los funcionarios de la administración pública británica presentaban una serie de diferencias en función de la escala jerárquica a la que pertenecieran.

Así, se demostró que los funcionarios pertenecientes a clases sociales más bajas tenían mayor riesgo de mortalidad en comparación con las personas pertenecientes a clases sociales altas, poniendo en manifiesto la gran diferencia de riesgo de morir en función de la clase social.

**SEXO:** Las diferencias sociales y el reparto de roles actuales generan desigualdades de género como el acceso a recursos, al poder o la división sexual del trabajo. Borrell & Artazcoz (2007) defienden que estas desigualdades “dan lugar a peores condiciones laborales, con menores salarios, y una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar para la mujer, que repercute en su estado de salud.”

**ENTORNOS FAVORECEDORES DE LA SALUD:** Se ha demostrado que los planes y procesos de regeneración urbana impactan positivamente en la salud de la población; además de existir evidencia de que en los barrios periféricos existe mayor contaminación atmosférica (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

En España, las desigualdades sociales, políticas y económicas entre las Comunidades Autónomas han contribuido a situaciones de desigualdad en la salud (Bacigalupe et al., 2016).

**SERVICIOS SANITARIOS:** Es muy importante que la atención sanitaria universal esté garantizada para todos los ciudadanos, mejorando el acceso y reduciendo, tal y como manifiesta Miranda (2014): “Los costes de prestaciones sanitarias preventivas y curativas, como la salud bucodental, la rehabilitación, ayudas visuales y auditivas, fármacos, etc.”

**APOYO SOCIAL Y PARTICIPACIÓN:** Cattán et al. (2005) defienden que la carencia de apoyo social origina situaciones de soledad y aislamiento, que se tratan, a su vez, de factores de riesgo para sufrir depresión. Estas situaciones son cada vez más frecuentes entre las personas mayores, lo que les hace ser un colectivo aún más vulnerable.

### 2.1.3. Aspectos sanitarios que influyen en el bienestar social.

La dimensión social de la salud tiene una doble visión: por un lado, como hemos visto en el apartado anterior, la influencia que tienen determinados aspectos sociales en nuestro estado de salud (recursos económicos, capital social, aspectos culturales); y, por otro lado, como desarrollaremos a continuación, cómo la salud influye en nuestro bienestar psicosocial.

Colom (2008) defiende que “la circunstancia que motiva la intervención desde el Trabajo Social Sanitario es la enfermedad y sus efectos negativos sobre lo social.”

Las trabajadoras sociales Mondragón y Trigueros (1999), determinaron los siguientes factores de la salud que pueden condicionar a los problemas sociales:

Enfermedades crónicas: La creciente prevalencia de personas afectadas por enfermedades crónicas se debe, principalmente, al envejecimiento de la población. Acceder y comprender la información necesaria para gestionar la propia salud es importante para poder adaptarse a la enfermedad y a su día a día.

Enfermedades transmisibles/infecciosas: Enfermedades como el VIH/SIDA son foco de prejuicios sociales que pueden dar lugar a situaciones de estrés y baja autoestima en la persona que lo padece. Por ello, es importante promover una correcta educación sanitaria para desmentir los mitos que existen sobre las enfermedades infecciosas. Asimismo, muchos enfermos manifiestan necesidades a la hora de autocuidarse y/o automedicarse, además de los gastos que supone.

Accidentes: Los distintos tipos de accidentes que pueden surgir (laborales, de tráfico, domésticos...), dan lugar a situaciones sobrevenidas que causan una serie de problemas cuando la persona que lo sufre se convierte en dependiente.

Por ejemplo, una persona mayor que sufre una caída y debe adaptar su hogar; o un trabajador que ha sufrido un accidente que no le va a permitir seguir trabajando en su profesión.

Alcohol y drogas: Las distintas adicciones que existen pueden dar lugar a prejuicios sociales que favorecen situaciones de discriminación, desempleo, incorrecta atención sanitaria, o condiciones higiénicas escasas.

Alteraciones mentales: Los problemas sociales derivados de las enfermedades mentales son similares a los anteriores, ya que las personas que las sufren también están expuestas a una serie de críticas y discriminaciones sociales, dando lugar a necesidades fisiológicas (alimentación, descanso); de seguridad (física, de empleo, moral); afectivas (amistad, intimidad); de reconocimiento (confianza, respeto); o de autorrealización (falta de prejuicios, aceptación).



#### 2.1.4. La importancia de identificar necesidades sociales.

Las necesidades sociales identificadas en el ámbito sanitario pueden ser originadas por la presencia de la enfermedad, y es por eso por lo que según Colom (2008), “el Trabajo Social Sanitario se encarga de la dimensión sanitaria, centrada en el diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y cuidado de la persona; y la dimensión social, identificando las necesidades sociales de la persona enferma y/o de su familia, realizando un diagnóstico social oportuno, y cubriéndolas mediante un plan de trabajo planificado.”

Para comprender las demandas de los pacientes y/o sus familias, describiremos algunos efectos físicos y psicosociales que pueden derivar de las enfermedades más comunes, teniendo en cuenta que no todas las enfermedades tienen los mismos efectos ni todas las personas las sufren por igual (García, 2008; Peña-Casanova, 1999; Varas-Fabra et al, 2006; Azpiazu et al, 2002):

**Tabla Nº 1: Posibles efectos físicos y psicológicos derivados de la enfermedad.**

EFFECTOS FÍSICOS	EFFECTOS PSICOSOCIALES
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento del grado de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (dificultad para caminar, alimentarse, vestirse...).</li><li>- Dolor/malestar físico.</li><li>- Dificultad en la comunicación.</li><li>- Continencias urinarias y/o fecales.</li><li>- Fracturas -&gt; Rehabilitación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Depresión, desesperanza.</li><li>- Estrés.</li><li>- Ansiedad, nerviosismo e inquietud.</li><li>- Agitación, violencia y agresión.</li><li>- Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).</li><li>- Trastornos del sueño.</li><li>- Problemas emocionales (estado de ánimo, percepción de su situación...).</li><li>- Interpretaciones erróneas.</li><li>- Aislamiento social.</li><li>- Dificultades en el ámbito laboral.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de García, 2008; Peña-Casanova, 1999; Varas-Fabra et al, 2006; Azpiazu et al, 2002.

Debido a que cada paciente presenta unas características, Sánchez (2016) refiere que cada enfermedad desencadena una necesidad social, siendo esta desarrollada de forma diferente según las circunstancias de cada paciente y pudiendo magnificarse o prolongarse en el tiempo.

Ander-Egg (1988) determinó las necesidades sociales como “aquellas que se refieren a la manera en cómo los seres humanos se relacionan entre sí, a nivel familiar, con amigos, y con otras personas en general (núcleo social básico, aprobación social y reconocimiento...).”

Doyal y Goough (1994), citados por Ramos (2003), defienden en su teoría de las necesidades humanas que la autonomía personal y la salud física son imprescindibles para desarrollar una vida social, ya que todas las necesidades básicas tienen un nivel de satisfacción social.

La base de la intervención del Trabajo Social está en la situación psicosocial del individuo, la estructura social, las necesidades y los recursos de los que dispone. Díaz & Castro (2013) refieren que “las necesidades sociales básicas, cuyo origen y naturaleza son sociales, se refieren a factores objetivos indispensables para la supervivencia e integridad psicofísica de los seres humanos y a la reproducción social”; categorizándolas de la siguiente manera:

- “Integridad y supervivencia”.
- “Inclusión/integración social”.
- “Autonomía personal y social”.
- “Identidad personal y social”.

## 2.2. APOYO SOCIAL Y SALUD

### 2.2.1. ¿Qué es el apoyo social?

Las numerosas publicaciones por distintos autores sobre el apoyo social, destacan su influencia positiva (Angarita & Escobar, 2009; Sánchez, 1998; González & Restrepo, 2010; Hernández et al, 2010):

- Saranson (1983) define el apoyo social como el número de personas disponibles y dispuestas a las que podemos acudir ante una necesidad, suministrando valor personal al individuo.
- Según Alvarado (1985), refiere que se trata de la ayuda proveniente de personas o instituciones con la que cuenta un individuo ante situaciones de crisis.
- Barrera (1986) lo define como aquellas conexiones que establecen las personas con los miembros de la comunidad, y las cuales son proveedoras de ayuda en tiempos de necesidad y protectoras ante situaciones de estrés.
- Sánchez (1998), precisa el apoyo social como una serie de recursos no solo físicos, sino también emocionales, cuya calidad y cantidad determinará el afrontamiento de ciertas situaciones.
- González y Restrepo (2010), definen el apoyo social como “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas.”
- Hernández, Carrasco y Rosell (2010), defienden que “las redes sociales informales impulsan y propician los contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, espiritual, ayuda material y servicios de información.”

Angarita y Escobar (2009) diferencian tres tipos de apoyo centrándonos en la variable **contexto**:

- El *macro-nivel*: se trata del apoyo comunitario.
- El *meso-nivel*: son relaciones que se caracterizan por formar vínculos que brindan afecto y apego.
- El *micro-nivel*: se trata de relaciones de confianza y compromiso.

Estrada Pineda et al (2009) defienden la existencia de dos tipos de apoyo teniendo en cuenta la **procedencia** de este:

- Apoyo formal: Se trata de un cuidado realizado por profesionales de las instituciones públicas o servicios privados.
- Apoyo informal: Lo prevén aquellos que forman parte de la red social del individuo voluntariamente (familia, amigos, relaciones laborales, vecinos, conocidos...).

Guzmán et al (2003), teniendo en cuenta la variable **transacción**, defiende la existencia de los siguientes tipos de apoyo:

- Apoyo material: Ayuda tangible y material (recursos monetarios).
- Apoyo instrumental.
- Apoyo emocional.
- Apoyo cognitivo: Preocupaciones, consejos...

Rodríguez Marín (2002) manifiesta, por su parte, que “el apoyo social permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona y sus funciones son aumentar las capacidades personales y promover el logro de sus metas vitales, de manera que la ausencia de este se relaciona con la aparición de enfermedades físicas, o la agravación de las ya existentes.”

Vega y González (2009) refieren que “el apoyo social favorece las estrategias de afrontamiento, el control del estrés, y la disminución de la ansiedad y de la depresión ante la presencia de una enfermedad.”

Snyder et al. (2005) defienden que, en el envejecimiento concretamente, está demostrado que el apoyo social tiene efectos beneficiosos al enfrentar situaciones estresantes que requieren adaptación, “defendiendo al sujeto de los posibles cambios negativos en el estado de salud física y mental.”

No debemos olvidar el concepto de Capital Social de las personas mayores, definido por Humphreys (2007), citado Vives Barceló et al (2015), como “el conjunto de capacidades de las que disponen los individuos, las familias o las comunidades.”

En relación con el trabajo social, Chadi (2000) matiza la importancia de las redes sociales, definiéndolas como “un grupo de personas pertenecientes a la familia, los vecinos, los amigos, o las instituciones, que son capaces de aportar un apoyo real a un individuo,” teniendo siempre presente la cercanía y dependencia de esta.

Aunque también distingue entre redes sociales primarias y secundarias, esta autora define las redes sociales institucionales, describiéndolas como “básicas en el desarrollo de los individuos y sus familias: La escuela, el sistema judicial y el sistema de salud.”

Asimismo, manifiesta su interés en la interdisciplinariedad, la cual permite unificar recursos para lograr fines comunes.

Los trabajadores y trabajadoras sociales serán quienes identifiquen recursos comunitarios e institucionales presentes, creando vías de contacto y organizando las redes sociales para fortalecer la unidad de apoyo.

### 2.2.2. La importancia de la familia en la provisión de apoyo social.

González y Requena (2008) explican que “la familia española es una de las instituciones que más transformaciones ha experimentado en las últimas décadas”, y que estos cambios han originado transformaciones “en las relaciones de pareja, en las formas de convivencia, en las relaciones entre padres e hijos, en la convivencia entre generaciones, etc.; teniendo esto cierto impacto en las funciones propias de la familia en relación con la atención de cuidados y protección de los miembros”, donde siempre ha tenido un papel fundamental.

Asimismo, defienden que “la importancia de las relaciones familiares y la familia como centro de solidaridad entre sus diferentes generaciones es obvia”, significando el parentesco muchas veces la obligación primordial de ayudar en momentos de dificultades y cuando en la comunidad no exista una provisión organizada.

Como manifestó Robledo (1995), citado por Rodríguez et al (2004), una de las mayores fuentes de apoyo social a lo largo de toda la vida es la familia.

Según Sánchez (2010), “la familia es la red social que más apoyo, atención y protección otorga en las situaciones más difíciles”, de manera que son los cónyuges y los hijos quienes asumen normalmente la responsabilidad en el cuidado de las personas ancianas.

Tal y como muestra Fernández Ortega (2004), el funcionamiento de una familia puede verse influido por la aparición de cualquier enfermedad, ya sea aguda, crónica o terminal, de manera que el desajuste que se ocasiona puede tener diferentes intensidades dependiendo del tipo de enfermedad y la estructura familiar.

La enfermedad puede ocasionar reacciones de angustia, miedo o estrés a quien la sufre, dando lugar, según Bandura (1991), citado por Gracia Fuster (1997), “a la necesidad de proximidad con otras personas, con sus palabras, y con su contacto físico”; siendo necesaria la provisión de apoyo emocional.

Como destaca Suarez (2011), las funciones terapéuticas, rehabilitadoras y preventivas oportunas pueden ser previstas por parte de las relaciones familiares.

Dependiendo de los diagnósticos sanitarios, del grado de dependencia del paciente, del tratamiento que se realiza, de la percepción de la propia enfermedad y del futuro que se espera, el contexto de la enfermedad generara un impacto negativo en mayor o menor grado, lo que generará cambios en la estructura familiar (Cabrera y Ferraz, 2011).

Muñoz Cobos et al (2002) resumen las alteraciones que pueden padecer las diferentes esferas de la familia en las siguientes:

- “Alteraciones en el ciclo vital familiar.”
- “Sobrepotección de la persona enferma.”
- “Síndrome del cuidador.”
- “Negación y miedo.”
- “Enfado.”
- “Aislamiento social.”
- “Claudicación familiar.”.

### 2.2.3. El cuidado informal y la crisis de los cuidados.

Las transformaciones sociales y familiares que han tenido lugar en nuestra sociedad han generado una serie de dificultades para prestar los cuidados necesarios a las personas dependientes. Algunos de los factores que han causado esta situación son: el aumento de la esperanza de vida y de la población envejecida, la integración de la mujer en el mercado laboral, el cambio de roles en la esfera familiar... (Masanet & La Parra, 2011).

En España, “el pilar del bienestar se ha apoyado tradicionalmente en la familia”, siendo el modelo de bienestar español extraordinariamente familista (Esping-Andersen, 2004).

Salido y Moreno (2007) reflejaron el escaso apoyo gubernamental en España, considerando a las familias como recursos de atención y cuidado.

Con la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) en el año 2007, se produjo una reconfiguración de los servicios sociales, “otorgando una serie de servicios y prestaciones para los cuidados familiares.” (Muyor-Rodríguez, 2019).

Cerri (2015) manifiesta que el hecho de envejecer lleva a la dependencia, y es por eso por lo que “el proceso de envejecimiento poblacional se presenta como un “problema” relacionado con la crisis de los cuidados”, definida por Pérez Orozco (2006) como “el proceso actual de reorganización de la forma de cobertura de la necesidad de cuidados de la población que implica una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico en el estado español”.

Para acceder a los servicios y prestaciones que la LAPAD ofrece, la persona solicitante tiene que someterse a una evaluación en la que se le asignará un grado de dependencia calculado en función de su capacidad de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), centrándose en las necesidades físicas. (Guzmán Castillo et al, 2010); apareciendo el “problema” “como una cuestión individual y no como una cuestión social y colectiva” (Pérez y Baeza, 2006).



Cerri (2015) expone que, “aunque el cuidado engloba todas aquellas actividades que se realizan para fomentar el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas, existen muchos factores que lo definen: la relación entre las personas involucradas; la naturaleza y los valores de la relación de cuidado y su posible carácter económico; el contexto socio-cultural e histórico; el contexto institucional; etc.”

“El apoyo informal es entendido como las interacciones entre un miembro de la familia que ayuda a otro de manera regular a realizar actividades necesarias para llevar una vida dependiente”, incluyendo las actividades instrumentales (transporte, cocina, tareas domésticas) y las actividades personales (vestido, higiene, alimentación). Las consecuencias que se derivan del cuidado de personas dependientes pueden ser (Yanguas et al, 2000):

- “Conflictos familiares.”
- “Problemas laborales.”
- “Disminución del tiempo libre y de las actividades sociales.”
- Evidencias de trastornos clínicos.

### 2.3. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

#### 2.3.1. Origen y definición.

Reconocida oficialmente la profesión en 1964, mediante el Decreto 1403/1964, de 30 de abril, sobre reglamentación de las Escuelas para la formación de Asistentes Sociales (BOE, 15/05/1964), el Trabajo Social comenzaba a formar parte de los hospitales e instituciones católicas, ejerciendo un modelo asistencialista de la atención a los enfermos. Hospitales como el de la Santa Cruz y San Pablo y el Hospital de San Juan de Dios de Cataluña fueron los pioneros en integrar a los trabajadores sociales, generalizándose estos profesionales en el resto del país a partir de 1970 (Martín, 2010).

Piédrola (1975) manifiesta que “resultan indispensables en la Medicina Social los Asistentes Sociales, los cuales deben formar parte de los hospitales y residencias”, pues contribuyen a la comprensión y apoyo moral del enfermo, colaborando en la resolución de sus problemas sociales, familiares, laborales, etc.

De esta manera, ayuda al paciente en los aspectos sanitarios y sociales, aunque también a los profesionales sanitarios, pues proporcionan datos de interés como “la situación social, las relaciones familiares, de trabajo, económicas y la influencia que pueden haber tenido en el proceso y desarrollo de la enfermedad; además de continuar su labor durante el tratamiento, la convalecencia y rehabilitación.”

Sarriá, Vilas y Fuertes (1976) refieren que el Doctor Roviralta “fue el primero que se interesó en la profesionalización de aquellos que se ocupaban de las obras asistenciales y en la acción social, siendo el promotor de la primera escuela de asistentes sociales de España” en Barcelona en el año 1932, afirmando que “cuando el asistente social actúa en el campo de la sanidad se le puede considerar y debe considerar como un sanitario, aceptando la profesión médica al Trabajo Social como parte integrante del equipo médico para contribuir a la curación del enfermo.”

Aprobada la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad y el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; se reconocía, según se expone en la Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada (2000), además del derecho a la protección de la salud, el derecho a la protección de los aspectos sociales.

La Ley General de Sanidad de 1986 contempla “el derecho de todos los ciudadanos a la salud física y social, y es por eso por lo que la atención social del individuo es obligatoria, dando lugar a la presencia del Trabajo Social en el campo sanitario.”

El Trabajo Social Sanitario es definido como “la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina”, y que, además, facilita soluciones a los problemas sociales que surgen en el ámbito sanitario, favoreciendo una atención integral tanto al paciente, como a los familiares para evitar aquellos desbarajustes que puedan surgir.

“supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes sociofamiliares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud, y estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares en la atención individual y en la toma de decisiones terapéutica”.

Amaya Ituarte (1995), citada por Mondragón y Trigueros (1999), lo define como “una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud – enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva al área de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud”.

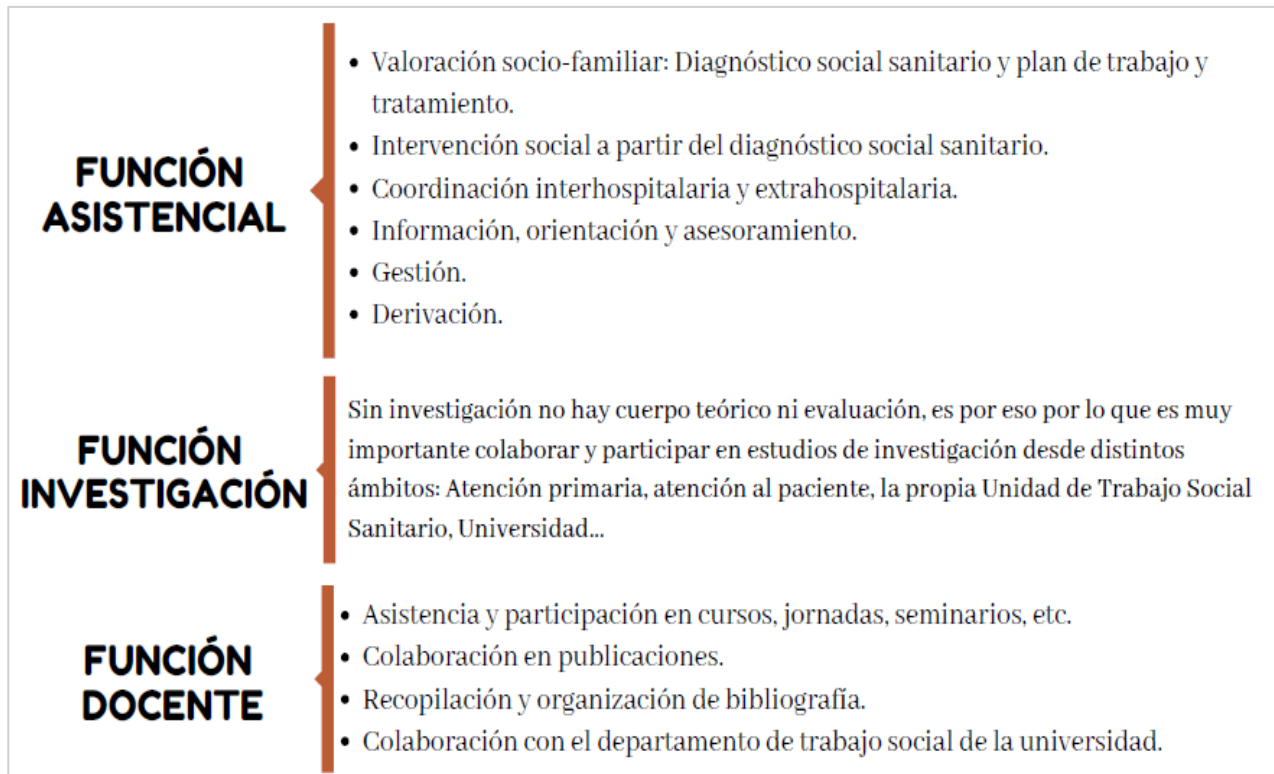
Dolors Colom (2010), por su parte, define el Trabajo Social Sanitario como “la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada”.

### 2.3.2. Funciones.

La atención centrada en la persona es un modelo basado en la coordinación de equipos multidisciplinares que facilitan a gestión conjunta de recursos sanitarios y sociales. En nuestro Sistema de Salud, el Trabajo Social Sanitario favorece la coordinación entre el nivel asistencial de la atención primaria y especializada, y el sistema de servicios sociales. El Documento de Consenso sobre las Funciones del profesional del Trabajo Social Sanitario (2013) establece las siguientes:

1. Integrar la perspectiva social en las actividades de los centros sanitarios.
2. Examinar los factores de riesgo social relacionados con la salud.
3. Crear planes de intervención social que favorezcan la atención integral del proceso salud-enfermedad.
4. Elaborar procesos asistenciales, programas de salud y participar en la cartera de servicios.
5. Facilitar apoyo psicosocial tanto al paciente, como a su familia.
6. Realizar una utilización y gestión adecuada de los recursos sanitarios disponibles.
7. Participar en actividades que responsabilicen, tanto a profesionales como a la ciudadanía, para crear entornos saludables.
8. Promover la comunicación y la coordinación para garantizar una atención integral.
9. Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud.
10. Colaborar en la formación continuada.
11. Inscribir las intervenciones realizadas y emitir los informes sociales necesarios.

#### Ilustración N°4: Funciones del Trabajo Social Sanitario Hospitalario



Fuente: Elaboración propia a partir de Colom (2010).

### 2.3.3. Técnicas documentales de intervención.

Pérez Rivero (2000) defiende la importancia de la elaboración de documentación específica del Trabajo Social debido a que, por un lado, los Servicios Sociales promueven la informatización de la documentación, y, por otro lado, la elaboración de estudios e investigación de nuevos conocimientos permiten evolucionar, desarrollarse y perfeccionarse; estudios que serían imposibles sin los datos e información recogidos.

Los trabajadores sociales disponemos de una serie de documentos que constituyen la Documentación Específica, compuesta principalmente por la Historia Social, la Ficha Social y el Informe Social.

**Historia social:** Este documento facilita “la reflexión sobre los datos obtenidos para formular hipótesis, la comprensión de las situaciones para llegar a un diagnóstico, la comprobación y revisión de la información obtenida y de las actitudes observadas, la evolución del proceso...” (Escartín, 1997).

Así, es un documento que está abierto a ampliaciones en la medida que se recoge información de la persona o familia (Lázaro et al, 2007).

**Ficha social:** Es definida por el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social (1985) como “un soporte documental e instrumento de trabajo en el que se registra la información en forma susceptible de ser ordenada, entresacada y almacenada”.

Este documento recoge los datos básicos de las personas atendidas: Datos de identificación (nombre, dirección, contacto...), datos sociodemográficos, datos de la intervención social (demandas, recursos utilizados...) y aquellas observaciones útiles para el profesional.

**Informe social:** Es definido por el Libro Verde del Trabajo Social como “el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional” (Colom, 2005).

El informe social facilita el traslado de la situación, dificultades, o necesidades a otros profesionales y permitiendo el análisis y la reflexión sobre la problemática de las personas, ayudando a mejorar el diagnóstico y la intervención social (Lázaro et al., 2007).

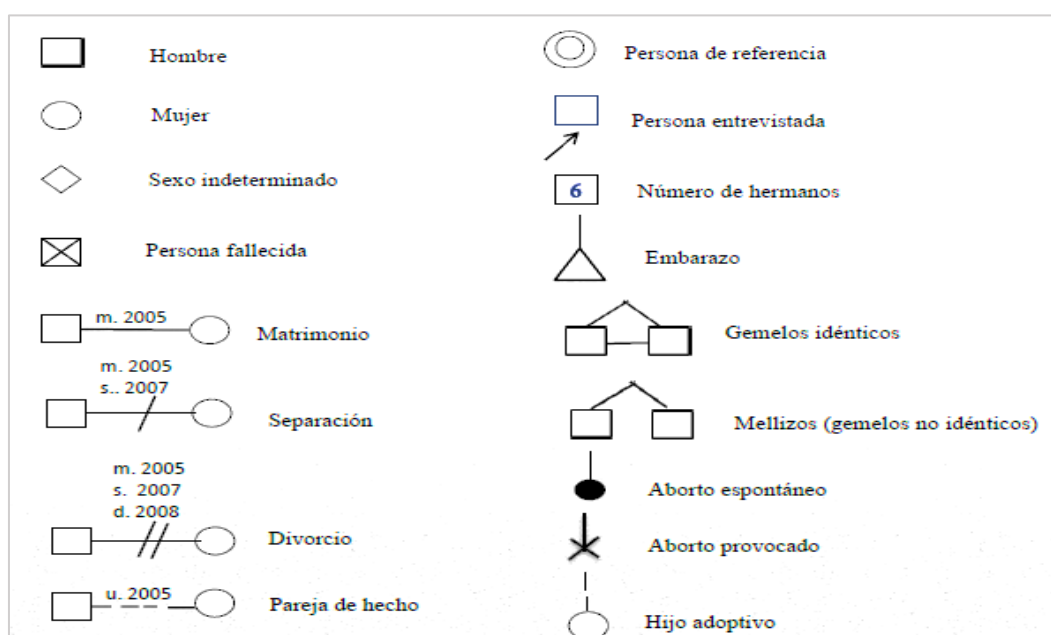
Debemos tener en cuenta que no existe un único modelo de informe social, ya que dependerá de la institución que lo produce, el tipo de intervención realizada y su finalidad. Algunos tipos de informes según los objetivos profesionales son (Munuera, 2012):

- Informe social de admisión a un centro.
- Informe social de derivación.
- Informe de evaluación.
- Informe de asistencia.
- Informe técnico como prueba en un proceso judicial.
- Informe social en relación con la Ley 36/2006, de 19 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

Por otro lado, otras técnicas que debemos tener en cuenta son:

**Genograma:** Representación gráfica que ofrece información sobre la estructura familiar: Miembros de la familia nuclear y extensa, sus relaciones, acontecimientos familiares... (Lázaro et al., 2007).

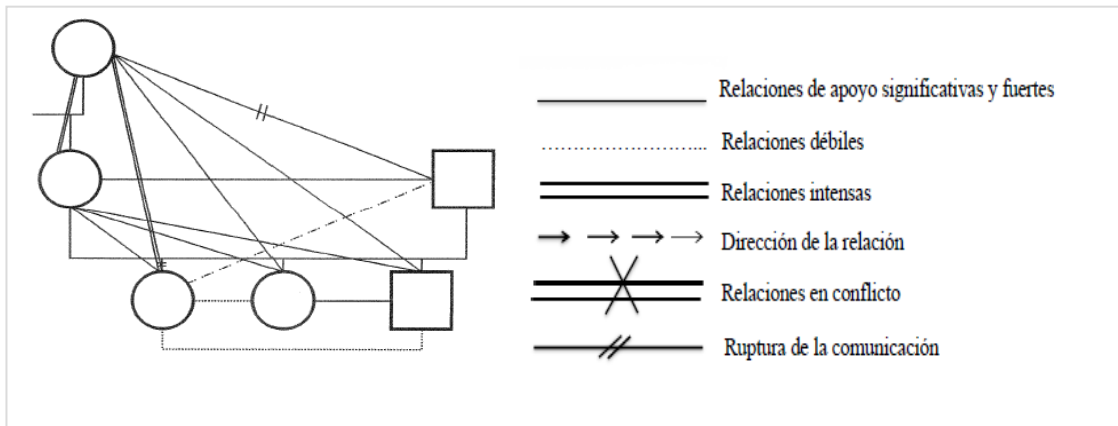
Ilustración Nº5: Símbolos más habituales del genograma.



Fuente: Martín, 2018.

**Mapa de relaciones:** Se trata de un diagrama que plasma la calidad de las relaciones entre los diferentes miembros del sistema familiar, representando alianzas, conflictos, apegos... (Goñi, 2008).

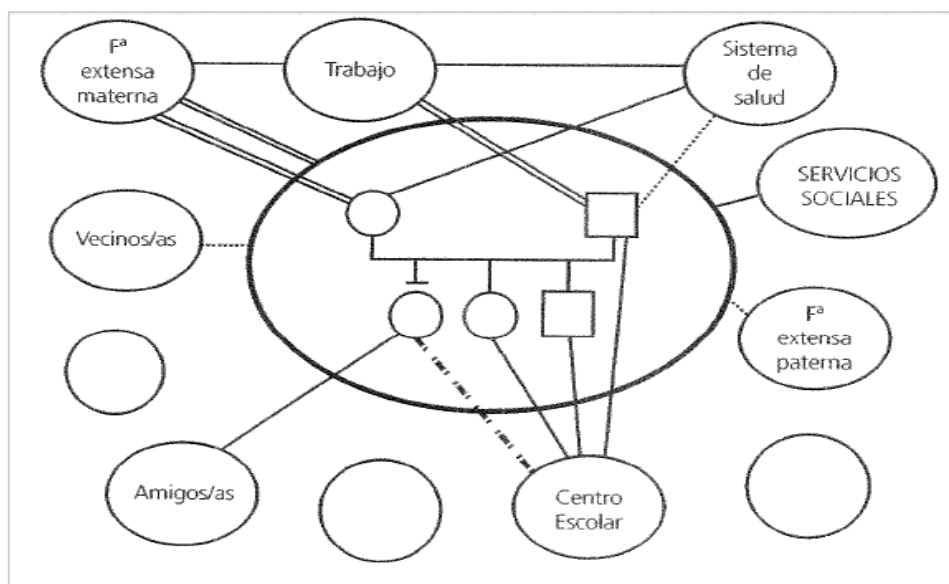
**Ilustración Nº6: Ejemplo de mapa de relaciones y símbolos más habituales.**



Fuente: Lázaro et al., 2007; y Goñi, 2008.

**Ecomapa:** Instrumento que describe gráficamente las relaciones de un grupo o familia con su entorno con el objetivo de valorar las relaciones, los recursos y el apoyo social, representando aquellos sistemas de relaciones externos al núcleo como la familia extensa, el vecindario, las amistades, el medio laboral, el sistema sanitario, los servicios sociales, etc. (Goñi, 2008).

**Ilustración Nº7: Ejemplo de ecomapa.**



Fuente: Goñi, 2008.



#### 2.3.4. Colectivos según la enfermedad.

En el momento de intervenir con los pacientes y sus familiares debemos tener presentes una serie de criterios objetivos que orienten al trabajador social sanitario, y es por eso por lo que Colom (2000) dispuso una clasificación de grupos de población en función de sus características sanitarias:

- *Personas con enfermedades agudas*: Se trata de pacientes que presentan uno o varios problemas de salud de manera sobrevenida que no pueden atenderse en los centros de Atención Primaria o en el domicilio. Se caracterizan por tener una duración predecible. Son patologías agudas las fracturas, las infecciones, las hemorragias, etc.

- *Personas con enfermedades crónicas*: Son aquellas que siguen tratamientos médicos de por vida. Se caracterizan por tener ingresos hospitalarios frecuentemente y por la necesidad de ayudas formales después del ingreso, siendo primordial la coordinación con los demás sistemas en estos casos. Son enfermedades crónicas las cardiovasculares, la Diabetes, la Hipertensión, enfermedades pulmonares obstructivas...

- *Personas con enfermedades degenerativas*: Estos pacientes sufren una afección crónica que se caracteriza por un proceso continuo basado en la degeneración de las células, afectando directamente al nivel de dependencia. Es por eso por lo que suelen convivir, normalmente, con la familia o en centros institucionalizados. Será trascendental la ayuda directa al paciente, la atención a la familia y el soporte material, psicológico y social del cuidador principal. Son enfermedades degenerativas el Parkinson, el Alzheimer, la Esclerosis Lateral Amiotrófica...

- *Personas con enfermedades infecciosas*: Los pacientes que las sufren siguen un tratamiento largo o de por vida y, tanto en el ingreso hospitalario, como en su traslado a un centro, recurso, o domicilio, se deben de tener en cuenta las medidas oportunas para evitar el contagio de la enfermedad. Debido a su situación, no solo presentan riesgos en la esfera sanitaria, sino también en la social. Son enfermedades infecciosas la tuberculosis, el SIDA, la hepatitis...

- *Personas con enfermedades mentales:* Además de caracterizarse por ingresos sanitarios prolongados, este colectivo necesitará una continuidad de la atención tras el alta hospitalaria, por lo que deberemos centrar la atención en la intervención con la familia y/ cuidadores principales, además de la recuperación de la autonomía de la persona. Son enfermedades mentales la esquizofrenia, la bipolaridad, la depresión...
- *Personas con enfermedades terminales:* Estos pacientes sufren una enfermedad avanzada y progresiva que no responde a ningún tratamiento y que, por lo tanto, es incurable. En este caso, se deberá trabajar tanto con el paciente como con su red social para reducir los factores de impacto y tratando el duelo familiar.
- *Personas con conductas adictivas:* Se trata de pacientes con problemas de drogodependencia que desarrollan situaciones conflictivas relacionadas con la familia, sus redes sociales, y otras esferas, como la laboral. La labor del trabajador social sanitario, en este caso, será facilitar la rehabilitación e inserción del paciente en la comunidad.

2.3.5. Recursos sanitarios y sociales.

**Tabla Nº2: Recursos sanitarios y sociales.**

<b>RECURSOS SANITARIOS</b>	Hospitales de apoyo de media y larga distancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Unidad de Recuperación Funcional.</li> <li>→ Unidad de Cuidados Paliativos.</li> <li>→ Unidad de Cuidados Continuos.</li> <li>→ Unidad de Crónicos Agudizados.</li> <li>→ Unidad de Demencias.</li> <li>→ Unidad de Tuberculosis.</li> <li>→ Unidad de Neumología.</li> </ul>
		Centros de salud de Atención Primaria.
		Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.
		Centros de Salud Mental.
		Reintegros de gastos por prestaciones ortoprotésicas.
<b>RECURSOS SOCIALES</b>	Servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Teleasistencia.</li> <li>→ Servicio de Ayuda a Domicilio.</li> <li>→ Centros de día y de noche.</li> <li>→ Atención residencial.</li> <li>→ Asistencia personal.</li> </ul>
	Prestaciones económicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Prestación económica vinculada al servicio.</li> <li>→ Prestación económica de cuidados en el entorno familiar.</li> </ul>
		ONG, Asociaciones, grupos de ayuda mutua, grupos de autoayuda.

Fuente: Elaboración propia a partir de Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios; y Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

#### 2.3.6. Herramientas de valoración de Apoyo Social.

Es necesario conocer cómo detectar las necesidades sociales y valorarlas en el ámbito sociosanitario. Es por eso por lo que el profesional del trabajo social cuenta con diferentes instrumentos que ayudan a elaborar un diagnóstico social (Cabrera et al, 1999; Suárez y Alcalá, 2014; Bellón et al, 1996; Martínez et al, 2007):

- Escala de Valoración sociofamiliar GIJÓN: Recoge los aspectos sociales más importantes en las personas mayores de 65 años relacionados con las áreas familiares, económicos, de vivienda, relaciones y red sociales. (Anexo I).
- Cuestionario Apgar: Su función es identificar la percepción que tiene el paciente sobre su unidad familiar (funcionamiento, disponibilidad, apoyo...). (Anexo II).
- Cuestionario de apoyo social percibido DUKE: No evalúa el apoyo real; formado por 11 ítems. (Anexo III)
- Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT: El fin con el que se realiza esta escala es medir la sobrecarga de aquellos cuidadores de personas dependientes. (Anexo IV).

### 2.3.7. El alcance de la Planificación del Alta Hospitalaria.

El Programa de la Planificación del Alta protege, por un lado, las necesidades de las personas, y, por otro lado, la optimización de los recursos sanitarios. Aunque los profesionales están habituados a la limitación del tiempo de ingreso, los pacientes y sus familias, en general, no; y es por eso por lo que todo les resulta precipitado. Así, la reducción del tiempo de ingreso requiere una estrategia interdisciplinaria que proporcione eficacia y eficiencia (Colom, 2013).

En el momento del alta hospitalaria pueden surgir dos circunstancias: Cuando el facultativo informa del alta al enfermo y/o familia y no se produce ninguna reacción adversa, se regresa al domicilio con una serie de dificultades psicosociales – presentes en el momento del ingreso o como consecuencia de este –, que no reconocen y que les afectará en el periodo de convalecencia; y, por otro lado, cuando una vez informados del alta hospitalaria, el enfermo y su familia refieren una serie de dificultades personales, llegando a negar y surgiendo problemas sociales que retrasan el alta.

Para prevenir ambas circunstancias debemos programar la Planificación del Alta, de manera que, entre las 24 y 72 horas de producirse el ingreso, se realice un seguimiento por parte del trabajador/a social con el objetivo de descartar posibles problemas sociales de aquellas personas ingresadas que cumplen algún criterio de riesgo social y/o sanitario:

- Criterios de riesgo social: Personas mayores de 70 años que viven solas o con pareja de edad similar, que padecen de suficiente apoyo social, material e instrumental, que han ingresado anteriormente, o que ingresan por una caída o fractura o a consecuencia de un accidente vascular cerebral.
- Criterios de riesgo sanitario: Personas que padecen adicciones, amputaciones, ceguera, cirrosis hepática, demencia senil, diálisis, enfermedades crónicas, mentales, cardíacas, oncológicas avanzadas o terminales, infecciones, paraplejias...

Es necesario conocer los recursos externos al sistema sanitario: Servicios externos de apoyo (SAD, residencias, centros sociosanitarios, etc.), recursos humanos, tipologías de apoyo necesarias...

Por lo tanto, las fases generales del Procedimiento de la Planificación del Alta son:

1. Fase de estudio:

- Identificar a aquellas personas ingresadas con los criterios de riesgo definidos anteriormente.
- Clasificarlas según sea su primera visita o si ya existe una historia social.
- Conocer el diagnóstico médico.
- Realizar entrevistas tanto con el/la paciente, como con la familia o cuidadores principales.
- Emitir un prediagnóstico social sanitario.
- Pedir permiso a la persona ingresada para poder gestionar el caso con agentes externos.
- Identificación de recursos y servicios disponibles.
- Se deja constancia de la información recabada.

2. Fase diagnóstica:

- Se establece un primer diagnóstico social sanitario que define las líneas del plan de tratamiento.
- Es importante comunicar la evolución del caso en doble dirección, ya que los cambios en el diagnóstico médico pueden alterar el tratamiento social y viceversa.

3. Fase de procesos de tratamiento:

- Se señalan los servicios que se prestarán, la tipología de apoyo y la entidad que se hará cargo.
- Se asignan responsabilidades en el núcleo familiar y a cada profesional.
- Se concede apoyo psicosocial, ya que el/la paciente y/o familia pueden vivir esta fase de manera invasiva.
- Se informa al profesional del trabajo social que se encarga del seguimiento del caso fuera del hospital.
- Se realizan los informes de alta correspondientes a medicina, enfermería, trabajo social sanitario o cualquier otra disciplina.
- Es oportuno que se realicen llamadas postalta de seguimiento.

4. Procesos de gestión de la información y evaluación de resultados.

### 3. POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS.

#### **NORMATIVA ESTATAL:**

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: Defiende la intervención de las Administraciones Públicas para llevar a cabo una educación sanitaria de la población de calidad que favorezcan la promoción de la salud en general y del interés individual, familiar y social.

Nuestro Sistema de Salud se caracteriza por desarrollar acciones dirigidas a curar y/o paliar enfermedades, y es por eso que esta Ley defiende la promoción de actuaciones de prevención, además de rehabilitación y reinserción social.

Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: Protege los derechos de los pacientes en las relaciones asistenciales, entre ellos, la dignidad, la libertad individual, el respeto a la intimidad y el trato igualitario.

Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: Define el catálogo de prestaciones como “el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a la ciudadanía”, siendo el objetivo de este catálogo garantizar las condiciones básicas para realizar una atención integral y comprendiendo las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario.

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones: Define la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020: Tiene como propósito configurar una acción que referencie las futuras políticas públicas de discapacidad en España y todas aquellas que incidan en este colectivo. El fin es *“cumplir los objetivos relacionados con el mercado laboral, la educación, la pobreza y la exclusión social, además de la accesibilidad a los entornos, el conocimiento sobre su situación vital, la participación y la no discriminación.”*

#### **NORMATIVA AUTONÓMICA:**

Decreto 74/2000 de 13 de abril, por el que se crea y regula la Estructura de Coordinación en Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León: Se trata de un puente de unión entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, de manera que garantiza la gestión y atención de los casos que demanden la prestación simultánea de ambos servicios. Así, las necesidades de la ciudadanía serán detectadas en menor tiempo y la calidad de los recursos y procesos aumentará.

Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León: Se exponen los recursos del Sistema de Servicios Sociales y del Sistema de Salud de Castilla y León, promocionando la coordinación de ambos para avanzar hacia una atención integral. Además de la coordinación sociosanitaria, recoge otras acciones como la defensa de la prestación de servicios comunitarios, la promoción de la autonomía y la prevención de situaciones de dependencia, la optimización de la asistencia sanitaria en los centros sociales...

Se hace hincapié, al mismo tiempo, en el aumento de las enfermedades crónicas y las situaciones de pluripatología, siendo estos colectivos los principales solicitantes de la coordinación de ambos sistemas.

Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación Sanitaria en Castilla y León: Se recogen las actuaciones y los recursos, tanto públicos como privados, de Castilla y León, con la finalidad de promocionar la salud, prevenir la enfermedad, y favorecer la asistencia sanitaria y la rehabilitación. En este caso, también integra los recursos sanitarios y sociales para favorecer la coordinación y la continuidad de la atención.



Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con su salud.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León: El objeto de esta ley es promover y garantizar el derecho de acceso al sistema de servicios sociales en condiciones de igualdad y universalidad, haciendo efectivo el derecho subjetivo a las prestaciones esenciales de responsabilidad pública. Asimismo, defiende la coordinación de los diferentes sistemas presentes (especialmente el sanitario), con el fin de garantizar una atención integrada.

Plan IV de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020: Se trata de un instrumento estratégico que planifica y dirige el Sistema de Salud de Castilla y León, basándose en la universalidad, la equidad, la financiación pública y la concepción integral de la salud. Tiene como objetivo garantizar la atención sanitaria de calidad y equitativa, mejorando los indicadores de salud de toda la población y dando visibilidad a los determinantes que afectan a la salud, su promoción y prevención de enfermedades.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: Establece “los medios, recursos y procedimientos para atender a las personas con necesidades personales básicas y sociales”, garantizando las prestaciones esenciales como derechos subjetivos y financiadas públicamente. Las prestaciones se recogen en el Catálogo de Servicios Sociales. El objetivo es favorecer el desarrollo, la autonomía y la integración social de las personas.

#### 4. BUENAS PRÁCTICAS EN EL FOMENTO DEL APOYO SOCIAL EN SALUD.

**Tabla Nº3: Buenas prácticas en el fomento del apoyo social en salud.**

ÁMBITO	INSTITUCIÓN	RECURSO
ÁMBITO PÚBLICO	Hospital Universitario Virgen Macarena y Virgen del Rocío (Andalucía)	<p><u>Unidad de Donación de Tiempo:</u> Voluntariado dirigido a ofrecer apoyo, acompañamiento y ayuda a pacientes y/o familiares que lo precisen durante su estancia en el hospital.</p> <p><u>A tu lado en urgencias:</u> Proyecto que consiste en detectar necesidades de apoyo y acompañamiento en las salas de espera del servicio de Urgencias.</p> <p><u>Programa Diver:</u> Actividades lúdicas dirigidas a menores.</p> <p><u>Programa de Acompañamiento:</u> Pretende aliviar la soledad de los pacientes hospitalizados que no tienen a nadie que los acompañe.</p> <p><u>Programa Adelante:</u> Pretende apoyar el proceso de hospitalización de aquellas personas que sufren algún tipo de daño cerebral.</p>
	Programa de apoyo a personas con enfermedad mental grave y prolongada en las zonas rurales de la provincia de Valladolid (Diputación de Valladolid) <sup>1</sup>	<p><u>Recurso de servicios sociales específicos</u> dirigidos "a las personas con discapacidad por EMGP que presentan dificultades en su funcionamiento personal, en la convivencia familiar y en la integración en su entorno, ofreciéndoles acciones y actividades de apoyo que faciliten la mejora de su autonomía personal y su integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida."</p>

<b>ÁMBITO PRIVADO</b>	<b>Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).</b>	<p><u>Residencias y pisos de acogida:</u> Evitar los efectos negativos de la hospitalización y ofrecer a las personas afectadas de cáncer y sus familias una mejor calidad de vida durante los tratamientos.</p> <p><u>Programa Mucho x Vivir:</u> programa específico de atención social, coordinado por trabajadores sociales, cuyos objetivos son contribuir al bienestar social de la persona enferma y su familia o resolver situaciones problemáticas que puedan derivarse de la enfermedad.</p> <p><u>Atención al niño y al joven con cáncer:</u> Promoción del ocio y el tiempo libre, y brindar atención psicológica.</p> <p><u>Acompañamiento en los cuidados paliativos.</u></p>
	<b>Cruz Roja Española</b>	<p><u>Programa Acompañamiento:</u> Ayuda a Domicilio Básica (cuidados personales y necesidades domésticas), Ayuda a Domicilio Complementaria (realizar gestiones, salir a la calle...), teleasistencia domiciliaria, apoyo a familiares y cuidadores...</p> <p><u>Programa Infancia Hospitalizada:</u> Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los niños y niñas ingresados/as a través de actividades lúdicas como lectura, juegos de mesa, canciones, talleres...</p>
	<b>RAIS Fundación</b>	<p><u>Programa RAIS SALUD:</u> "Ofrece una solución a las necesidades relacionadas con el derecho a la salud de las personas afectadas por el síndrome de Alzheimer. Se trata de un servicio convivencial que promueve la mejora integral de las personas en proceso de convalecencia, con enfermedad crónica o en estado terminal", combinando la intervención social y el apoyo sanitario.</p>

<b>ÁMBITO PRIVADO</b>	<b>Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Palencia (AFA Palencia)</b>	<u>Proyecto Aprendiendo a cuidarte:</u> Psicoeducación dirigida a cuidadores de personas con demencia que conviven en el mismo domicilio.
	<b>Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Salamanca (AFIBROSAL)</b>	<u>Grupo de autoayuda Mejor y más lejos:</u> Intervención con las familias.
	<b>Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales (ALCER ÁVILA)</b>	<u>Proyecto de apoyo psicosocial en enfermedad renal:</u> Atención psicológica y social.
	<b>Asociación de Lucha Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre (ALCLES)</b>	<u>Proyecto (Ven y vive nuestras tardes!):</u> Talleres para mejorar la calidad de vida y establecer una red de personas.
	<b>Asociación de Personas con Epilepsia (ASPE)</b>	<u>Proyecto Convivir mejor con la epilepsia:</u> Atención psicosocial, actividades de ocio, escuela de familias y grupo de ayuda mutua.

<b>COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA</b>	<b>Hospital Obispo Polanco (Teruel) en colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer.</b>	<p><u>Proyecto de acompañamiento de pacientes:</u> Se encarga de "cubrir las necesidades constatadas por el Programa de Detección de Riesgo Social de los pacientes que pertenezcan o no al ámbito oncológico."</p> <p>El objetivo es "asegurar mediante el acompañamiento social la atención continuada e integral del paciente en situación de riesgo."</p>
	<b>Obra Social La Caixa en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</b>	<p><u>Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas:</u> Tiene como objetivo complementar la atención sanitaria que se realiza desde Cuidados Paliativos, ofreciendo intervención psicosocial y espiritual en domicilios y/o hospitales, por parte de Equipos de Atención Psicosocial, compuestos por trabajadores sociales, psicólogos, voluntarios...</p>
	<b>PREDIF Castilla y León en colaboración con Fundación ONCE, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León, y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</b>	<p><u>Servicio Integral de Asistencia Personal:</u> La asistencia personal es "una prestación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia" que facilita a las personas poder llevar una vida independiente, autónoma y activa, permitiendo que desarrollen las actividades básicas de la vida diaria en su entorno físico y social habitual en igualdad de oportunidades.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tras realizar una revisión de los diferentes recursos de los que disponemos en cuanto a la provisión de apoyo social he podido comprobar, por un lado, que, mayoritariamente, están dirigidos a personas mayores, sin tener en cuenta que cualquier colectivo es vulnerable de necesitar una atención psicosocial como, por ejemplo, los niños y niñas ingresados en hospitales que sienten temor porque algo diferente les está sucediendo, además de la preocupación de sus familias por tratarse de un colectivo más frágil.

Por otro lado, un gran número de asociaciones dirigen su atención a pacientes oncológicos, aunque fuera del contexto hospitalario, lo que resulta insuficiente debido a que las personas que sufren cáncer se encuentran, generalmente y dependiendo de su situación, en el hospital o en su domicilio.

Cabe destacar que la Asociación Española Contra el Cáncer realiza una gran labor en los hospitales, con grupos formados por psicólogos, trabajadores sociales, voluntarios, etc., que se encargan de realizar una atención integral tanto al paciente, como a su familia.

Sobre esto último puedo afirmar que la mayoría de los recursos de esta índole están dirigidos solamente a los pacientes, sin tener en cuenta a las redes sociales que les rodean, como la familia o los cuidadores principales, siendo esto muy importante debido a que, como hemos visto, el proceso de salud – enfermedad no solo afecta a quien lo sufre, sino a todos aquellos que le rodean.

Además, la mayoría de los recursos que he localizado se encuentran en el ámbito privado, siendo solo dos los que pertenecen al ámbito público, y tres de colaboración público-privada.

Esto me hace reflexionar sobre la gran importancia que tiene el apoyo social en el contexto de la salud y la enfermedad, como hemos visto durante este trabajo, y los pocos recursos públicos disponibles.

## 5. CONCLUSIONES.

En este último apartado, sintetizando la información más relevante, cabe destacar que la **falta de provisión de apoyo social** afecta negativamente a la salud de las personas, especialmente a aquellos colectivos más vulnerables, y, sobre todo, en el contexto de **ingreso hospitalario**.

Desde mi punto de vista, una **atención sanitaria de calidad** debe de considerar tanto los aspectos sanitarios, como los sociales, ya que el hecho de enfermar produce una transformación en todas las esferas de la vida del paciente y sus familiares (laboral, económico, redes sociales...).

Dentro del apoyo social, una de las fuentes fundamentales es la **familia**. Sin embargo, actualmente, existen distintos tipos de familia derivados de las evoluciones de las estructuras familiares (tamaño, forma, cambio de roles...), que dan lugar a cambios en la provisión de apoyo social, originando la denominada **crisis de los cuidados**.

Aunque la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha conseguido muchos avances en aspectos sociales, los recursos que ofrece no son suficientes para aminorar la influencia que tiene la carencia de apoyo social como tal, lo que da lugar a situaciones de **soledad** sobre todo en el caso de las personas mayores, colectivo mayoritario actualmente en España.

Así, la labor que realizan los profesionales sanitarios es imprescindible, pero el **papel del profesional del trabajo social sanitario** es necesario para abordar esta problemática, ya que es el encargado de ofrecer un trato cercano al paciente, especialmente cuando este carece de apoyo social o la presencia de enfermedad genera una serie de **necesidades sociales**.

Una **correcta intervención social**, por lo tanto, será imprescindible en la atención, no solo de los pacientes, sino también de su familia, ofreciendo una relación de ayuda en el caso de que sea necesaria, y **favoreciendo la habituación**, no solo al periodo de hospitalización, sino también al de convalecencia.

Por otro lado, aunque los trabajadores y trabajadoras sociales tienen un papel fundamental en el ámbito hospitalario, **existe un gran desconocimiento** de sus funciones y competencias por parte de los profesionales sanitarios, profesionales externos al hospital, pacientes, y familias; de manera que muchos **problemas sociales** presentes en la enfermedad o derivados de esta son pasados por alto, desencadenando un agravamiento de la situación sanitaria y del periodo de convalecencia.

Este desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios deriva en que son ellos quienes suelen decidir el recurso de derivación tras el alta hospitalaria según sus criterios, pero **sin tener en cuenta los aspectos sociales**.

Es por esto por lo que uno de los intereses de este trabajo es que sirva de recurso a los profesionales sanitarios para que conozcan la importancia de los **aspectos sociales** en el ámbito hospitalario y contribuir al **conocimiento de las funciones y competencias** de los profesionales del trabajo social sanitario.

En resumen, las tareas pendientes a realizar ante esta problemática son las siguientes:

- Promover la **mejora de la atención sociosanitaria** que se presta en la atención especializada, favoreciendo una mayor **coordinación** de los profesionales sanitarios y sociales, tanto dentro como fuera del hospital.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios en materia de **problemas psicosociales** generados en el binomio salud – enfermedad.
- Contribuir a la **visibilización y reconocimiento** de los profesionales del trabajo social sanitario.



- Formación en prevención de problemas sociales y soluciones asistencialistas que generen reingresos en un futuro por causas sociales.
- Planteamiento de una **intervención social desde los Servicios Sociales en coordinación**, en este caso, **con el Sistema de Salud con el fin de generar recursos específicos destinados a paliar la carencia de apoyo social en el ámbito sanitario.**

El objetivo de este trabajo, a grandes rasgos, es que pueda servir como una nueva línea de trabajo sobre la que ocuparse, ya que resulta conveniente y necesario llevar a cabo una promoción de la actividad que realizan los trabajadores y trabajadoras sociales en la Atención Especializada, y cuya intervención agilizaría, facilitaría y optimizaría la atención sociosanitaria, contribuyendo, además de a una mejor atención integral, a una gestión hospitalaria más idónea.

De esta manera, aunque el reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria se encuentra en proceso, considero oportuno contribuir a consolidar la identidad profesional, estableciendo las funciones y competencias que desarrollan estos profesionales en el ámbito de la salud.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alonso, F. (1989). *Psicología médica y social*. Madrid: Salvat, pp.288-289.
- Ander-Egg, E. (1988). *Diccionario del Trabajo Social*. México: El Ateneo.
- Angarita, O. V., & Escobar, D. G. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 8(2).
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245.
- Asamblea Mundial de la Salud (2018). Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017. Organización Mundial de la Salud.
- Asociación Española Contra el Cáncer (2010). *Programas de atención a pacientes y familiares*. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/revista-19.pdf> [Consulta: 2019, marzo 9].
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., & Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., & Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.
- Bacigalupe, A., Martín, U., Font, R., González-Rábago, Y., & Bergantiños, N. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿Existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 47-51.
- Barrón, A. *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI de España Editores, 1996.
- Bellón, J.A, Delgado, A., Luna J., Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18: 153-163.

- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2007). 5ª monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud. Sociedad Española de Epidemiología.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales (pp.15-24). Río Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cabrera, A., & Ferraz, R. (2011). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Biomedicina*, 6(1), 42-48.
- Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández, A., Acebal, V., García, J.V., Díaz, E., Salamea, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria* 23 (7): 434-440.
- Cattan M, White M, Bond J, Learmonth A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*; 25: 41-67.
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(2), 111-140.
- Chadi, M. (2000) *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Espacio. Buenos Aires.
- Colom, D. (2000). La planificación del alta hospitalaria: la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande. Zaragoza: Mira Editores.
- Colom, D. (2005). *Libro Verde del Trabajo Social. Instrumentos de Documentación Técnica*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Colom, D. (2008). El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Siglo XXI: Madrid.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan. Revista de servicios sociales*, (47), 109-119.
- Colom, D. (2013). *La planificación del alta. Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria*. Barcelona: Editorial UOC.

- Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1985). *Dos documentos básicos en Trabajo Social. Estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Cruz Roja Española. Intervención social con mayores. Disponible en: <https://www.cruzroja.es/principal/web/intervencion-social/mayores> [Consulta: 2019, junio, 1]
- Cruz Roja Española. Programa Infancia Hospitalizada. Disponible en: [http://www.cruzroja.es/portal/page?\\_pageid=94,12095981&\\_dad=portal30&\\_schema=PORTAL30](http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=94,12095981&_dad=portal30&_schema=PORTAL30) [Consulta: 2019, junio 1].
- Doyal, L. y Gough, I. (1994). Teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Icaria.
- Durá, E. y Hernández, S. (2003). *Los grupos de autoayuda como apoyo social en el Cáncer de Mama. Las Asociaciones de mujeres mastectomizadas de España*. Boletín de Psicología, Nº 78.
- Escartín, M.J., Palomar, M., y Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II* (Trabajo social con individuos y familias). Alicante: Editorial Aguaclara.
- Esping-Andersen, G. (2004). La política familiar y la nueva demografía. *ICE, Revista de Economía*, 81, 45-60.
- Estrada Pineda, C., Chan Gamboa, E. C., Herrero Olaizola, J. B., Rodríguez Díaz, F. J., Herrero Díez, F. J., & Bringas Molleda, C. (2009). Apoyo social y colectivos vulnerables: una herramienta para la intervención contra la violencia de género.
- Fernández Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-254.

- Fundación RAIS. Espacio Salud. Disponible en: [https://raisfundacion.org/pdf/dossier\\_espsalud\\_web.pdf](https://raisfundacion.org/pdf/dossier_espsalud_web.pdf). [Consulta: 2019, marzo 9].
- García, B. G. (2008). La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Imsero.
- González, J.J., Requena, M. (2008). Tres décadas de cambio social en España. Barcelona: Alianza Editorial (59-76).
- González, Q. J. C., Restrepo, C. G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista Salud Pública*, 12(2): 228-238.
- Goñi, M.J. (2008). *Documentación en Trabajo Social. Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. Donostia: Universidad de Deusto.
- Gracia Fuster, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós Ibérica, p.19
- Guerra, J. A. I., Verdejo, I. C., Mota, S. P., Calvo, C. B., Andrés, I. G., & Del Valle, M. J., (2018). La salud comunitaria basada en activos para la salud. Un modelo que no cala en el quehacer cotidiano. *Revista Enfermería CyL*, 10(1), 17-22.
- Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada (2000). Madrid: Ministerio de Sanidad (INSALUD).
- Guzmán Castillo, F., Pérez, M. M., Martín, M. T. (2010). Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal. *Zerbitzuan. Revista de servicios sociales*, (48), 43-56.
- Guzmán, J.M., Huenchuan, S., Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, pp. 35-70.
- Hernández, M. G., Carrasco, G. M. R., Rosell, C. F. (2010). Evaluación de las principales redes de apoyo informal en adultos mayores del Municipio Cerro. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*, 5(1): 1-11.
- Herráiz, E., & de Castro, P. F. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de trabajo social*, 26(2), p. 431-443.

- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006) [Consulta: 2019, mayo 10].
- Hospitales Universitarios Virgen Macarena – Virgen del Rocío. (2015). Programas de Donación de Tiempo. Disponible en: <http://hospitalesmacarenayrocio.es/memoria/la-acci%C3%B3n-social-en-el-hospital/196-voluntariado>. [Consulta: 2019, marzo 12].
- Instituto Nacional de la Salud (2000). Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Madrid
- La Parra, D. (2009). Hacia la equidad en salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano.
- Lázaro, S., Rubio, E., Juárez, A., Martín, J., Paniagua, R. (2007). *Aprendiendo la práctica del Trabajo Social*. Guía de Supervisión para estudiantes. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Leka, S., & Jain, A. (2018). El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general.
- Martín, I. (2018). *Técnicas de intervención en trabajo social*. Universidad de País Vasco.
- Martín, G. H. (2010). Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social sanitario. *El imaginario del Trabajo Social en las tesinas de fin de estudios*, 35.
- Martínez, A. Á. R., Pérez-Vázquez, A., Villabona, S. M. G., & Cruz, M. C. F. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención primaria*, 39(4), 185-188.
- Masanet, E., La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.
- Miranda, M. V. (2014). Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enfermería Nefrológica*, 17 (2), 85-91.

- Mondragón, J.; Trigueros, I. (1999). Manual de prácticas de Trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo XXI España editores.
- Moral, P. A. P., Gascón, M. L. G., & Abad, M. L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista internacional de sociología, 72. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607> [Consulta: 2019, mayo 2].
- Munuera, M. P. (2012). *El Informe Social: Imagen de la intervención psicosocial en la documentación profesional del trabajador social*. El Trabajo social y sus instrumentos. Valencia: Nau Llibres.
- Muñoz Cobos, F., Espinosa, J.M., Portilli, J., Benítez del Rosario, M.A. (2002). Atención a la familia. Atención Primaria, 30(9), 576-580.
- Muyor-Rodríguez, J. (2019). El cuidado del familiar dependiente: análisis de género en la política social española. PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social, (27), 83-105.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) [Consulta: 2019, mayo 2].
- Orozco, A. P. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Revista de economía crítica, 5, 7-37.
- Orozco, A. P., & Gómez, P. B. (2011). Sobre «dependencia» y otros cuentos. Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales, (15).
- OXFAM INTERMÓN (2019). Desigualdad 1 – Igualdad de oportunidades 0. La inmovilidad social y la condena de la pobreza.
- Peña-Casanova, J. (1999). Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos. Fundación la Caixa. Barcelona.

- Pérez Rivero, L. (2000). La documentación específica en trabajo social: La historia, la ficha y el informe social. *Cuadernos de trabajo social*, (13), 75-90.
- Piédrola, G. G. (1975). Concepto, contenido y definición de la Medicina Preventiva y Social. Periodo de su evolución histórica. Pumarola, A., Piedrola, G., González, F. et al., *Medicina preventiva y social: Higiene y sanidad ambiental*, 1.
- Ramos, C. (2003). Las necesidades sociales. Conceptos. Perspectivas en el análisis de las necesidades sociales. Problemas sociales y necesidades. Introducción al trabajo social. Madrid: Alianza, p. 357.
- Rodríguez Marín, J. (2002). Apoyo social y salud. Guía de Estudio y Bibliografía Básica Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, 94-103.
- Rodríguez, A.I., González, M.C., Tejedor, F.J. (2004). Modelo pedagógico terapéutico asistencial: un recurso didáctico aplicado a enfermos con insuficiencia renal. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 22.
- Salido, O., & Moreno, L. (2007). Bienestar y políticas familiares en España. *Política y sociedad*, 44 (2).
- Sánchez, C. (2010). Participación social de las personas adultas mayores y redes. III Congreso Internacional de Gerontología (1-29) San José, Costa Rica: Universidad de Puerto Rico.
- Sánchez, E. (1998). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13(3), 537-544.
- Sánchez, M. (2016). Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid Facultad de Trabajo Social. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/36980/1/T37009.pdf>.
- Sarria, J., Vilas, M., Fuertes, A. (1976). *Medicina y Trabajo Social*. Ed. Verbo Divino (Navarra).
- Servicio Aragón de Salud. Unidad de Trabajo Social del Hospital Obispo Polanco. Asociación Española Contra el Cáncer. (2006). *Proyecto de acompañamiento de pacientes del Hospital Obispo Polanco*. Disponible en: <http://www.opolanco.es/documentos/voluntariado/voluntariado-hospitalario-teruel.pdf>. [Consulta: 2019, marzo 15].



- Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria & Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud (coords.). (2013). Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario. Castilla y León: Sistema de Salud de Castilla y León.
- Snyder, V., González-Vázquez, T. T., Jáuregui-Ortiz, B., & Bonilla-Fernández, P. (2005). No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud pública de México*, 47(4), 294-302.
- Suarez Cuba, M. A., & Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 20(1), 53-57.
- Suarez, M.A. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica (La Paz)*, vol. 17, nº1, p. 66.
- Varas-Fabra, F., Martín, E. C., de Torres, L. Á. P., Fernández, M. J. F., Moral, R. R., & Berge, I. E. (2006). Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Atención primaria*, 38(8), 450-455.
- Vargas Ferrero, Gonzalo. (2002). Hacia una teoría del capital social. *Revista de economía institucional*, 4 (6). Pp 71-108.
- Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8 (2) 1-11.
- Vives Barceló, M., Orte Socías, C., & Ballester Brage, L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la Universitat Oberta per a Majors. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, (25).
- Yanguas Lezaun, J. J., Leturia Arrazola, F. J., Leturia Arrazola, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo*, (76).

## 7. LEGISLACIÓN Y PLANIFICACIÓN

- Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León.
- Decreto 74/2000 de 13 de abril, por el que se crea y regula la Estructura de Coordinación en Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.
- Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León,
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con su salud.
- Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación Sanitaria en Castilla y León,
- Plan IV de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020,
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I: ESCALA GIJÓN DE VALORACIÓN DE RIESGO SOCIOFAMILIAR.

**Población diana:** Población mayor de 65 años. Se trata de una escala **heteroadministrada** de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

<b>A. Situación familiar</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
<b>B. Situación económica</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
<b>C. Vivienda</b>	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
<b>D. Relaciones sociales</b>	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
<b>E. Apoyo de la red social</b>	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

La importancia de la provisión de apoyo social en el contexto de la salud y la enfermedad.  
 ¿Es necesario el Trabajo Social Sanitario?

ANEXO II: CUESTIONARIO APGAR.

**Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia**

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

ANEXO III: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DUKE.

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<b>Instrucciones para el paciente:</b>  En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

ANEXO IV: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT. .

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

La importancia de la provisión de apoyo social en el contexto de la salud y la enfermedad.  
¿Es necesario el Trabajo Social Sanitario?