

El trabajo social sanitario en adultos, atención primaria y especializada

Pepa Boté Fernández

PID_00206261

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introducción..... | 5 |
| Objetivos..... | 7 |
| 1. El desarrollo del ser humano..... | 9 |
| 2. El ciclo vital de la persona adulta..... | 10 |
| 3. Necesidades humanas..... | 13 |
| 4. La salud en la edad adulta..... | 15 |
| 5. La intervención del trabajo social sanitario en el programa de la mujer en el embarazo de riesgo..... | 17 |
| 6. La intervención del trabajador/a social con el paciente oncológico..... | 21 |
| 7. Enfermedades cerebrovasculares..... | 26 |
| 8. ¿Qué entendemos por trabajo en equipo?..... | 30 |
| 9. Depresión..... | 32 |
| 10. Momento clave en el ciclo vital de la mujer adulta: la menopausia..... | 34 |
| 11. La pérdida de trabajo..... | 37 |
| 12. La preparación a la jubilación..... | 39 |
| 13. Acciones para la educación, prevención y promoción de la salud..... | 41 |
| 14. Consideraciones..... | 43 |
| Bibliografía..... | 45 |

Introducción

Este módulo nos introduce en los procesos de intervención del trabajo social sanitario –atención primaria y especializada– en la etapa adulta. Desde esta perspectiva, es necesario precisar el continente en que podemos referenciar esta etapa integrando parámetros interrelacionados de orden psicosocial, biológico y antropológico.

Este primer ejercicio de definición favorecerá una comprensión diferenciada en los procesos de intervención atendiendo a necesidades específicas de los diferentes segmentos y/o enfermedades prevalentes de esta etapa y en contraste con las restantes del ciclo vital.

Partimos de la premisa de que el desarrollo del ser humano es un continuo que se da durante toda la vida y cada vida es única en sí misma. Obviamente, no todos los adultos estructuran o avanzan en su vida de la misma manera; los caminos se bifurcan especialmente en esta etapa del ciclo vital, y por tanto, presentan menos rasgos comunes que en las etapas anteriores. De todos modos, y como veremos a lo largo de este módulo, sí que se observan aspectos en común en el desarrollo del adulto. En la adultez observamos subetapas bien definidas del desarrollo y de los procesos que ocurren en la vida adulta que se distinguen de los de la niñez y la adolescencia atendiendo a parámetros simbólico-culturales, biológicos, sociales, etc.

Numerosas evidencias muestran que los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad y en su comportamiento, se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Hay que tomar decisiones y resolver problemas. El rasgo distintivo de la madurez podríamos centrarlo en la capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a nuevas circunstancias.

Los momentos importantes del ser humano varían en función de la edad y por tanto, del momento vital en el que estamos. También es cierto que como ser humano todos tenemos unas necesidades, pero ¿varían nuestras necesidades de orden cuando estamos sanos o cuándo estamos enfermos? ¿Qué sucede cuando nos enfrentamos a la enfermedad? ¿Qué enfermedades afectan más en la edad adulta? ¿Cómo les afecta a nuestros familiares? ¿Qué factores influyen en la evolución de nuestra enfermedad?

Enmarcados en la etapa adulta mostraremos algunas de las enfermedades prevalentes que tienen mayor incidencia para reflexionar en torno a protocolos de actuación diferenciados que atiendan al recorrido: captación de información,

detección del problema, diagnóstico social-sanitaria y tratamiento psicosocial. Desde esta misma línea metodológica trataremos algunos de los momentos vitales clave de la etapa adulta atendiendo a su complejidad.

Abordaremos la intervención del trabajo social sanitario en la persona adulta enferma como un algo integral; teniendo en cuenta qué enfermedad está padeciendo, el momento del ciclo vital en el que se encuentra, su singularidad y las consecuencias que esta conlleva tanto para el individuo como para su entorno.

Objetivos

Los objetivos de este módulo son básicamente los siguientes:

- 1.** Comprender el desarrollo en la etapa del adulto y los momentos del ciclo vital en esta etapa.
- 2.** Conocer algunas de las enfermedades con mayor prevalencia en la persona adulta.
- 3.** Ser capaces de detectar las necesidades psicosociales que surgen en los momentos de la enfermedad tanto del individuo como de sus familiares.
- 4.** Proporcionar los conocimientos necesarios para la detección, la planificación, la intervención y la evaluación de la/s necesidad/des y problemas psicosociales de la persona enferma y/o su familia durante el proceso de de la enfermedad.

1. El desarrollo del ser humano

El desarrollo en el ser humano es un continuo que se da durante toda la vida y cada individuo es único. En la adultez hay etapas bien definidas del desarrollo, los procesos que ocurren en la vida adulta son distintos de los de la niñez, la adolescencia y la vejez. En el adulto se producen cambios en su manera de pensar, en su personalidad y en su comportamiento, estos cambios se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales.

El rasgo distintivo del ser adulto es la capacidad de enfrentarse a las adversidades y problemas propios de la madurez con resolución, saber reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias que van a marcar y determinar la vida y que van a ser diferentes en cada individuo por su determinación y forma. La resolución positiva de las contradicciones y dificultades constituye el fundamento de la actividad madura de un adulto. No todos los adultos avanzamos o estructuramos nuestra vida de la misma forma.

Existen acontecimientos sociales definidos por los que hay que pasar, de hecho, algunos acontecimientos son socialmente esperados y se superan con normalidad, otros son casuales y pueden causar angustia, estrés y cambios importantes en los ciclos de la vida. El tiempo en que se dan estos acontecimientos sociales, como el matrimonio, ser padres y la elección de la carrera profesional, se diferencian de un individuo a otro. Las formas en que los individuos reaccionamos a estos acontecimientos, al igual que a los roles que debemos desempeñar varían según las exigencias y las restricciones del contexto social y cultural.

Algunos de estos acontecimientos sociales son normativos, otros son idiosincrásicos. Los sucesos normativos se observan en tiempos relativamente específicos y los comparte la mayoría de miembros de una misma edad; dichos acontecimientos pocas veces van acompañados de un estrés agudo extremo, ya que se dispone de tiempo para planearlos, de apoyo social y de significado cultural para dar orientación. Un ejemplo de este tipo de acontecimiento sería el primer trabajo.

A diferencia de estos, los sucesos idiosincrásicos pueden ocurrir en cualquier momento, por ejemplo, perder el trabajo, la muerte repentina de la pareja, contraer una enfermedad grave... Como estos hechos no pueden anticiparse, producen gran estrés y exigen una reorganización radical en la vida personal, social y familiar del individuo.

2. El ciclo vital de la persona adulta

Los años de la adultez representan aproximadamente tres cuartas partes de la vida. Distinguiremos la etapa de la juventud o adultez temprana –de 20 a 30 años– y madurez o adultez media –de 40 a 60 años.

Componentes de la edad:

- la edad cronológica, años de vida,
- la edad biológica, posición de la persona en relación con su esperanza de vida,
- la edad social, estado actual del individuo en comparación con las normas culturales,,
- la edad psicológica, capacidad actual del individuo para enfrentarse y adaptarse a las exigencias sociales y ambientales.

La edad cronológica de un adulto significa poco en sí. Según Birren y Cunningham (1985) una forma más adecuada de ver las cosas es la edad biológica en interacción con la edad social y la edad psicológica. La edad biológica, es decir, la posición que ocupamos en el ciclo vital, varía de un individuo a otro. La edad cronológica de una persona con 40 años con un diagnóstico de cáncer grave, con un pronóstico de morir en un futuro cercano no tiene nada que ver con la de una persona sana de 40 años que espera vivir otros 35 años o más.

¿Qué es la madurez? Es la combinación de las tres edades, la edad biológica, la social y la psicológica, pero además hay otros factores que se consideran sus rasgos característicos como la independencia y autonomía física y social, la capacidad para la toma de decisiones independientes, la consecución de objetivos.

Robert Havighurts (1953) describió la adultez como una serie de periodos en los que hay que cumplir determinadas tareas. Estas tareas facilitan el entorno en el que tiene lugar el desarrollo, son requisitos que forjan el uso de la inteligencia.

Las tareas en la juventud están destinadas básicamente a la formación de una familia y a labrarse una carrera, en la adultez se concentran en reafirmar lo conseguido anteriormente y en ajustarse y/o adaptarse a los cambios físicos que se van produciendo y también a los cambios familiares.

En gran medida, el camino que sigue una persona depende de su ambiente cultural y de su contexto social.

Erikson en su teoría propone ocho etapas psicosociales, cada una de las cuales se basa en lo que sucedió en la etapa anterior y que el desarrollo del adulto está subordinado a la forma en que haya resuelto los problemas de los periodos anteriores.

Carter y McGoldrick (1988), diseñan las fases, etapas y crisis que tienen lugar en el ciclo vital familiar (CVF):

| | Etapas del CVF | Retos prácticos emocionales | Retos prácticos relacionales | Retos potenciales | Crisis potenciales |
|-----------------------|---|---|--|--|---|
| Emparejamiento | Adulto joven sin compromiso | Independencia económica, cuidado de uno mismo | Sentimiento seguro de uno mismo. Sentimiento de competencia | Diferenciación de la familia de origen | Fracaso al hacerse mayor |
| | Formación de la familia mediante emparejamiento | Encuentro de la pareja potencial. Asociación económica. Compatibilidad de intereses | Compromiso. Equilibrio de necesidades y expectativas de uno mismo y del otro | Formación de una unidad conyugal. Cambio de lealtades de la familia de origen a la nueva familia | Fracaso al encontrar pareja o comprometerse. Fin de la "luna de miel". Conflictos con la familias políticas |
| Expansión | Familia con hijos pequeños | Obligaciones económicas. Organizar el hogar para criar a los hijos | Aceptación de nuevos miembros. Cuidado de los hijos. Responsabilidades parentales. | Mantener la unidad conyugal. Integrar a los abuelos y otros familiares. | Insatisfacción conyugal. Problemas escolares y conductuales |
| Contracción | Familia con adolescentes | Rutinas y horarios menos predecibles. Falta de disponibilidad de los adolescentes | Flexibilidad con el cambio. Sentimiento de irrelevancia. Pérdida de control | Mantener el contacto entre padres y adolescentes. Cuidado de padres mayores. | Rebeldía de los adolescentes |
| | Independencia de los hijos | Cargas económicas (universidades, bodas...), nuevos recursos económicos. Enfoque de nuevo en el trabajo | Pérdida de la vida familiar con hijos. Envejecimiento y muerte de los padres | Restablecer la primacía del matrimonio. Relaciones adultas con los hijos. | "Nido vacío". Regreso de los hijos al hogar |
| | La familia al final de la vida | Incertidumbre de la edad adulta: inseguridades económicas. Cuidados médicos | Afrontamiento de las pérdidas, mantenimiento de la dignidad pese al deterioro. | Mantener sistemas de apoyo adecuados. Reconciliación | Jubilación. Enfermedad y muerte. |

Debido a la dificultad de asignar etapas al desarrollo del adulto basándonos de manera exclusiva en la edad, se ideó el concepto de reloj biológico (Neugarten, 1968a), que es una forma de sincronización interna. Permite saber si estamos avanzando por la vida de una forma muy lenta o muy rápida; por ejemplo, una persona de 35 años que todavía está en la universidad por comparación con el resto de adultos de su misma edad estará retrasado, mientras que una persona de 35 años que ya piensa en jubilarse estaría adelantada.

La persona adulta tiene expectativas, restricciones y presiones internas de los periodos de la vida que nos aplicamos a nosotros y aplicamos a otros. El origen de algunos de estos límites puede ser biológico o psicológico, pero la gran mayoría de las veces este límite es social: una mujer no acostumbra a quedarse embarazada después de la menopausia, tampoco nuestra reacción es la misma con una pareja que nos presenta a su recién nacido si la pareja ronda los 25 años que si ronda los 45.

3. Necesidades humanas

¿Qué entendemos por necesidad?

Todos conocemos las necesidades humanas del individuo, según Abraham H. Maslow (1943) las necesidades del ser humano están jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del orden superior. Las necesidades básicas son las fisiológicas, hambre y sed, una vez cubiertas estas, nos preocupamos por la necesidad de tener la seguridad de que estas las vamos a tener cubiertas en el futuro y por la seguridad frente a cualquier daño que podamos sufrir. Una vez nos sentimos seguros físicamente, empezamos a buscar la aceptación social, la necesidad de amor y la necesidad de pertenencia, de ser aceptado por el grupo.

Cuando cubrimos nuestras necesidades de pertenencia, de afecto, subimos un peldaño más, hay que cubrir la necesidad de autoestima, ¿cómo lo conseguimos? A través del prestigio, del éxito, del reconocimiento por parte del otro.

Cuando tenemos cubiertas todas estas necesidades, llegamos a la autorrealización.

Bradshaw (1983) hace una clasificación cuatripartita de las necesidades y nos puede resultar muy útil en nuestro desempeño.

- Necesidad normativa: los expertos o profesionales la perciben como necesidad en una situación determinada.
- Necesidad experimentada o sentida: es la necesidad percibida tanto individualmente como por los grupos o comunidades en los que se organizan las personas.
- Necesidad expresada o demandada: es la necesidad sentida puesta en acción mediante una solicitud.
- Necesidad comparada: es la deducida por el observador exterior en función de una comparación entre una situación de la población objetivo y la de otro grupo con circunstancias similares.

A estas podemos añadir otras dos: la necesidad diagnóstica, determinada por los profesionales que hay que cubrir y la necesidad satisfecha que como tal ha dejado de ser.

¿Cómo manejamos nuestras necesidades cuando sentimos que una amenaza se cierne sobre nosotros?

En el caso del binomio salud/enfermedad, es harto complejo manejar una situación en la que la persona se siente desprotegido tanto él/ella como los familiares que dependen de él/ella (hijos, cónyuges, padres...) si se da la situación.

Cuando la persona enferma, se encuentra ante una realidad que puede desestabilizar todo su mundo, esa desestabilización va a depender de muchos factores, primordialmente del diagnóstico de la enfermedad ante la que nos encontremos y la catalogación de esta, aguda, invalidante, reversible o no, o crónica, sin perder de vista la consideración de que hay toda una serie de factores que se añaden y que van a hacer este proceso más dificultoso o facilitador.

Cuando hablamos de una persona adulta que vive una situación de enfermedad crónica o aguda, no solo lleva a pensar en el problema de salud que presenta, sino también en el entorno en el que se desenvuelve, por lo tanto, esta situación trae consigo implicaciones de tipo afectivo, social, emocional, físico y económico, factores a tener en cuenta cuando abordemos nuestra intervención.

Lectura recomendada

Dolors Colom Masfret (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos.*

4. La salud en la edad adulta

Definición de salud de la OMS:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

Referencia

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, núm. 2, pág. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Según la definición de la OMS, podemos hablar de salud como el bienestar biológico, psíquico y social, tres factores o sistemas interrelacionados entre sí, y que del equilibrio de estos depende la salud del ser humano, la alteración de uno de ellos conlleva al desequilibrio y por tanto, a la afectación de nuestra salud.

La salud es un eje central, un pilar que nos sustenta a lo largo de nuestra vida. En este período del ciclo vital en el que destacan momentos clave en la fase adulta, como la maternidad, la formación de la familia, la menopausia, la preparación a la jubilación, los cambios fisiológicos propios de la etapa de la madurez... son momentos muy importantes en la vida de toda persona y en los que la salud, marcan una adultez saludable o la enfermedad una adultez “desequilibrada” o inestable.

La salud y su definición se ha convertido en un problema cada vez más complejo, fruto de la interacción entre sucesos y ciclos biológicos y sucesos y ciclos psicosociales.

Cuando la persona adulta sufre una enfermedad, va a depender mucho del momento en que se encuentre en su vida, si está solo, si ha formado una familia, si tiene personas que dependan de él/ella (hijos, padres), de la edad de estos (bebés, adolescentes...), si la persona depende de alguien, de su independencia o no económica, y cómo no, de qué enfermedad esté padeciendo, si es un proceso agudo, crónico, terminal, de lo invalidante que sea o pueda llegar a ser la enfermedad.

El periodo de la edad adulta es en el que se tienen las mejores condiciones de salud. En esta franja de edad se dan todo tipo de enfermedades, pero trataremos aquí la intervención del trabajo social sanitario con mujeres en el caso de

⁽¹⁾Fuente: INE: Instituto Nacional de Estadística.

embarazo de riesgo, personas adultas enfermas con diagnóstico de cáncer, la enfermedad cerebrovascular¹, y la depresión; asimismo, hablaremos de algunos de los momentos vitales en el ciclo de vida de la persona adulta.

5. La intervención del trabajo social sanitario en el programa de la mujer en el embarazo de riesgo

Si bien cada vez son menos los riesgos para la salud de las mujeres asociados con el embarazo, el parto y el puerperio, gracias a la competencia técnica y la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios es de todos conocidos que existen grupos de población que, debido a factores diversos –problemas económicos, nivel socio-cultural–, presentan mayor riesgo sociosanitario.

El embarazo supone un periodo de riesgo importante. Según diversas estadísticas, es cuando empiezan muchas situaciones de maltrato y violencia de género o se agravan situaciones de riesgo psicosocial.

La etapa prenatal y neonatal es una etapa crítica y de máxima vulnerabilidad tanto para el bebé como para la madre, por eso se hace necesario identificar precozmente a las embarazadas en situación de riesgo sociosanitario, detectar e intervenir en aquellas situaciones que ponen en riesgo el desarrollo fetal (hábitos adictivos nocivos, mal control sanitario del embarazo), facilitar el acceso a los recursos sociosanitarios y comunitarios, facilitar formación e información referida a la salud conjuntamente con el resto de profesionales implicados.

La intervención del trabajo social sanitario en atención primaria sanitaria en el programa de la mujer tiene como objetivo la prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud asociados al embarazo, parto y puerperio que se produzcan en mujeres en situación de riesgo social. La detección y la posterior intervención se llevará a cabo según los procedimientos o protocolos de actuación establecidos.

¿Cómo llevamos a cabo la identificación y la captación precoz de las mujeres embarazadas en situación de riesgo sociosanitario?

Dado que la mujer embarazada acude de una forma regular a las áreas básicas de salud, los profesionales de estas tendrán que tener los protocolos de actuación establecidos que permitan la prevención, detección precoz y posterior intervención.

Para la captación de la mujer gestante en riesgo sociosanitario, es necesaria la coordinación interdisciplinaria.

Por lo anteriormente mencionado, es necesario que establezcamos circuitos operativos que permitan la difusión de los indicadores de riesgo sociosanitario. Este circuito de difusión de los indicadores de riesgo va dirigido a los profesionales que pueden hacer la detección, médicos/as, enfermeros/as, matronas, pediatras.

Indicadores de riesgo sociosanitario en la mujer embarazada:

- embarazo no deseado,
- desestructuración familiar,
- falta de apoyo socio-familiar,
- problemas propios asociados al consumo de drogas (alcohol, tabaco, cocaína...) o de la pareja,
- problemas de relación de pareja,
- realidad económica precaria,
- falta de vivienda,
- problemas de salud,
- falta de control médico durante el embarazo.

La captación la realizaremos a través de de los profesionales de la atención primaria sanitaria, de los servicios sociales de atención primaria y también a nivel de servicios sociales especializados, asociaciones de mujeres, escuelas...

Nuestra intervención también se realizará cuando la mujer acuda por otros factores, haga una demanda y detectemos el riesgo.

¿Cómo llevaremos a cabo la intervención?

Efectuando:

- la detección del riesgo;
- la valoración de las necesidades, tanto latentes como manifiestas;
- dando la información, orientación y derivación –si es el caso– al recurso adecuado en función de la problemática expuesta;
- el diagnóstico social sanitario;

- el seguimiento de las mujeres embarazadas en situación de riesgo;
- facilitación de información y educación, aportando conocimientos, habilidades, actitudes que favorezcan la corresponsabilidad en la salud; esta actividad la podemos realizar a nivel individual o bien en sesiones grupales.

En el ámbito hospitalario, la intervención vendrá de la demanda de otros profesionales. Cuando se detecta un caso de riesgo en este ámbito se informa al/la trabajador/a social, es entonces cuando llevamos a cabo una valoración de la situación global, e iniciamos las diferentes fases de intervención, aplicando los protocolos establecidos. Hay que destacar que la mujer embarazada puede llegar al hospital por dos vías, habiendo hecho un seguimiento durante todo el embarazo, por tanto se conoce la información previa o bien puede llegar directamente a dar a luz sin tener ninguna información previa.

Evidentemente la intervención va a depender del tipo de riesgo detectado, no será la misma cuando el riesgo es por consumo de sustancias nocivas por parte de la mujer que pueden afectar a su hijo que cuando existen circunstancias de tipo socioeconómico, por ejemplo.

Nuestra intervención en el ámbito hospitalario, cuando se produce un parto y se detecta la existencia de riesgo, dispone de un periodo de tiempo muy limitado, ya que la estancia media por un parto es de 48 horas. Este tiempo es a menudo insuficiente para realizar un estudio social de la situación familiar, explorar antecedentes en otros servicios, identificar los criterios de riesgo para el bebé, etc., por eso es tan importante a la hora de realizar el diagnóstico social sanitario, disponer del más amplio conocimiento de datos previos al posible ingreso, de ahí la importancia de la coordinación interdisciplinar y la coordinación de los servicios de atención primaria y de los servicios de atención especializada.

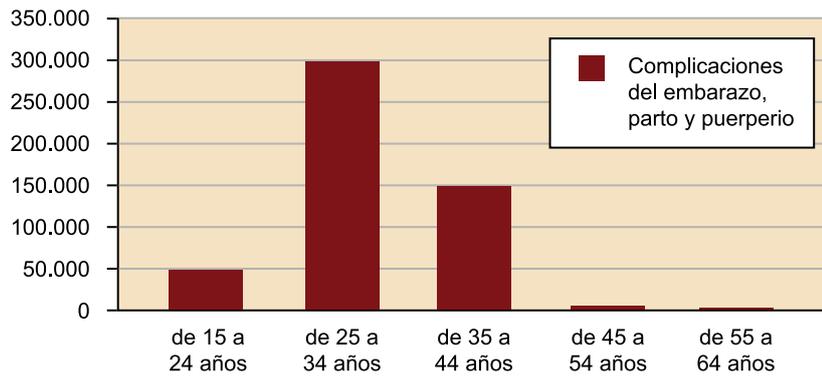
Cuando se detecte el riesgo sociosanitario, haremos la derivación pertinente a los equipos de atención primaria social y sanitaria, en el caso de que se considere un alto riesgo social, cumpliendo el protocolo previsto para la protección o bien del bebé o de la mujer, según sea necesario.

Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal (unidades: valores absolutos)

| | Ambos sexos | | | | |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | de 15 a 24 años | de 25 a 34 años | de 35 a 44 años | de 45 a 54 años | de 55 a 64 años |
| Complicaciones del embarazo, parto y puerperio | 62832 | 314190 | 173286 | 2049 | 55 |

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2011. Resultados nacionales.

Complicaciones del embarazo, parto y puerperio



Ambos sexos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

6. La intervención del trabajador/a social con el paciente oncológico

La persona enferma de cáncer presenta una necesidad de atención psicosocial para él y para su familia, consecuencia del impacto que causa esta enfermedad en todos ellos. En el ámbito sanitario, la atención social pretende abordar todas aquellas carencias sociales que se han visto provocadas o agravadas con el surgir de la enfermedad.

Una vez identificadas las carencias y/o problemáticas que conlleva el diagnóstico de la enfermedad, se realiza una valoración diagnóstica, juntamente con los implicados –paciente y familia– para elaborar propuestas de intervención y poner en marcha acciones que ayuden al enfermo y/o la familia a adecuarse durante todo el proceso de la enfermedad y evitar, en la medida de lo posible, la inestabilidad o la inseguridad.

La aparición de la enfermedad de cáncer –al igual que otras enfermedades– es un hecho que no se puede proveer en la vida de la persona, por tanto, su aparición en un miembro de la familia desestabiliza el entorno familiar y hace frágil la seguridad que sienten, ya que pone de manifiesto su vulnerabilidad. El marco de referencia de la unidad familiar se resquebraja.

Las reacciones del enfermo y de la familia pueden ser diversas y están relacionadas con la dinámica que la familia utiliza para enfrentarse a situaciones difíciles. Está también íntimamente relacionado con factores externos, como el pronóstico, las influencias sociales y culturales y primordialmente, el significado que el enfermo y la familia dan a la enfermedad, así como la evolución de esta, si es invalidante o no, si es irreversible o no. Tiene influencia, asimismo, el momento vital en el que se encuentre la persona enferma. No es lo mismo ser una madre de 30 años que acaba de tener un hijo que una mujer de 50 años cuyos hijos ya son mayores, o bien tener unos padres mayores que dependen de la persona enferma.

A pesar de que la enfermedad actualmente está considerada como una enfermedad de tipo crónico, también es una realidad que es una de las enfermedades más asociadas a la muerte y su aparición conlleva una alarma a la persona que la padece y a su familia.

Consideramos que cada individuo es único, que tiene unos sentimientos, unas emociones, unas necesidades, unos conocimientos diferentes, un modo personal de enfrentarse a las situaciones de crisis, pues como ser único hemos de

realizar la intervención planificando la atención centrada en la persona, con lo que realizaremos una valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento de índole individual.

Factores influyentes en esta situación: la contribución de la familia a la curación y la rehabilitación.

La familia es una fuente importante de bienestar para todas las personas, por eso la integración de la unidad familiar en este proceso tiene una importancia vital.

El modo de proceder de las familias ante las situaciones de crisis suele ser, por lo general, unirse para la resolución de los problemas que la enfermedad genere, aunque también puede darse la situación contraria, la huida de la familia.

La dinámica de la familia y su capacidad emocional va a determinar muchos de los problemas específicos que surgen en la unidad familiar cuando uno de sus miembros padece esta enfermedad:

- Familias de componentes reducidos que va a dificultar las tareas de atención y apoyo a la persona enferma dentro del contexto familiar.
- Los cambios producidos en el modelo familiar: familias monoparentales, incorporación de la mujer al mundo laboral...
- La fragilidad de otros miembros de la familia que necesiten ser atendidos.
- El ciclo o momento vital familiar.
- Las diferentes actitudes por parte de los miembros de la familia, como la sobreprotección o los cambios de rol no pactados, pueden condicionar la capacidad de autonomía de la persona enferma, generándole sentimientos de descalificación o baja autoestima.
- La experiencia como cuidador facilitará o condicionará la atención que necesita la persona enferma.
- El impacto que genera la enfermedad en las relaciones familiares.
- La estabilidad emocional de la familia.
- La experiencia o inexperiencia de procesos dolorosos puede facilitar positiva o negativamente la capacidad de afrontar y adaptarse a esta nueva situación.

- El agotamiento o sobrecarga que se puede producir durante un proceso largo puede conllevar a la claudicación del cuidador.
- La estigmatización social de la enfermedad.

Desde el trabajo social sanitario se pretende aportar conceptos clarificadores que eviten que el grado de incertidumbre aumente, trabajando conjuntamente con la familia para conseguir que esta recupere su ritmo normal, fomentando la autonomía tanto de la familia como de la persona enferma, ya que, *per se*, la enfermedad no tiene por qué invalidar las capacidades intelectuales de la persona y hacerla menos autónoma y más dependiente a ese nivel. Con este objetivo trabajaremos con la familia ofreciéndoles soporte, formación e información, facilitando la corresponsabilización en este proceso, y ayudándoles a analizar los problemas y recursos que tienen para poder resolverlos, modificando así la visión y la percepción de su situación.

El desarrollo del trabajo social sanitario con el enfermo oncológico depende del lugar específico donde se ejecute, no vamos a desarrollar igual nuestra labor en el ámbito hospitalario que en el equipo PADES (Programa de atención domiciliaria equipo de soporte), por ejemplo, es importante pues tenerlo en cuenta para nuestra intervención, pero lo que sí es común, independientemente del lugar donde se desarrolle nuestro trabajo, son las áreas de influencia de este: el equipo interdisciplinar, la persona enferma y su familia, la comunidad, así como la colaboración en la elaboración de procesos y protocolos, promover la educación sanitaria, la docencia, la investigación y transmisión de la experiencia.

La intervención profesional debe girar siempre centrada en la persona enferma, por tanto, realizaremos una evaluación multidimensional, biopsicosocial y espiritual, es decir, se valorarán los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales y una valoración interdisciplinar: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, oncólogo, fisioterapeutas, nutricionistas, etc., el respeto a los valores y deseos de la persona enferma son esenciales en el proceso de atención.

Es importante resaltar que hay que garantizar el *continuum* asistencial a la persona enferma, ya sea de inicio el tratamiento llevado a cabo en un hospital, como la quimioterapia de manera ambulatoria o bien intervenga el equipo PADES.

¿Qué objetivos tiene la intervención del trabajo social sanitario en la atención al enfermo oncológico?

Facilitar el entendimiento de los cambios que produce la enfermedad y las consecuencias de esta a la persona que la padece, así como a su familia, facilitando los instrumentos que permitan la elaboración y la mejora de la situación y de los cambios producidos.

Identificar las problemáticas sociofamiliares que han surgido a raíz de la enfermedad.

Establecer estrategias que faciliten tanto a la persona como a su familia afrontar la situación actual.

Las competencias del trabajador social sanitario con el enfermo oncológico podemos centrarlas en:

- Orientación y asesoramiento a la persona enferma y a su familia.
- Soporte.
- Facilitar los instrumentos que permitan modificar determinadas situaciones generadas en el entorno.
- Ayuda en la resolución de dudas, conflictos y situaciones de crisis.
- Atención a otros miembros vulnerables en el núcleo familiar.

En la intervención con el paciente oncológico deberemos tener en cuenta el conocimiento de este, de su familia y de su entorno; cada persona es única y por tanto, presentará unas necesidades, experiencias, formación, condicionantes culturales y emocionales diferentes, por lo que nuestra intervención estará dirigida a realizar una evaluación diagnóstica de las problemáticas y de las necesidades derivadas de estas en cada caso.

La atención puede ser a nivel individual –con el enfermo o los miembros de su entorno–, familiar –todos los cuidadores que intervienen en el cuidado de la persona enferma– o grupal –grupos de enfermos, familias, o bien grupos de ayuda mutua o grupos de duelo dirigidos tanto a los pacientes como a familiares.

Nombraremos por último la atención preventiva, que desde la disciplina del trabajo social sanitario podemos llevar a cabo:

- Primarias: es el conjunto de actividades que podemos realizar antes de la aparición de la enfermedad, que comprende la promoción de la salud que actúa sobre las causas determinantes que pueden provocar la enfermedad: programas de educación, sensibilización.

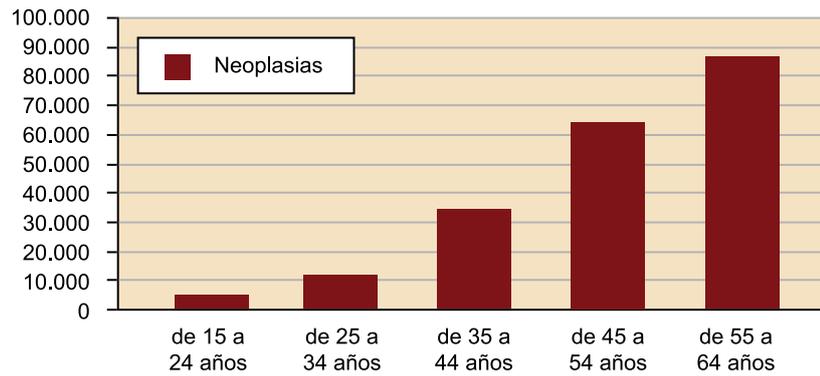
- Secundarias: se llevan a cabo a partir del diagnóstico.

Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal (unidades: valores absolutos)

| | Ambos sexos | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | de 15 a 24 años | de 25 a 34 años | de 35 a 44 años | de 45 a 54 años | de 55 a 64 años |
| Neoplasias | 5671 | 14827 | 37293 | 66914 | 90287 |

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2011. Resultados nacionales.

Neoplasias



Ambos sexos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

7. Enfermedades cerebrovasculares

Se puede definir la enfermedad vascular cerebral como un conjunto de diversas entidades clínicas que, en la fase aguda, provocan una alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo. Estas entidades que configuran la enfermedad vascular cerebral tienen diversas causas que hacen diferente tanto la actuación, como la prevención. No obstante, cuando la manifestación es aguda hay un abordaje común².

⁽²⁾Fuente: www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/.

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2011 se produjeron 116.017 altas hospitalarias con algún tipo de diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, de estas, 27.228 se corresponden con personas en una franja de edad de 25 a 64 años, un 23,47%, una cifra que, cuando la traducimos a personas afectadas por este tipo de enfermedades y las secuelas que pueden conllevar para ellas y para sus allegados, resulta muy importante.

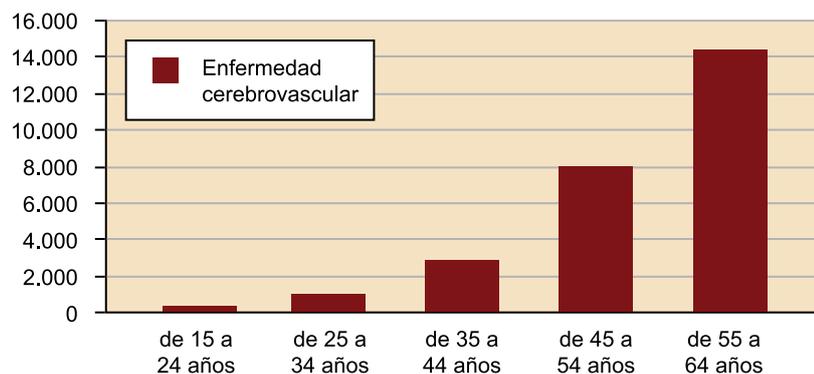
Estos datos nos llevan a una reflexión importante, cuando hacemos la consideración de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, vemos la interacción que hay entre enfermedad y dependencia, porque para tener salud debemos tener un bienestar integral, donde nuestras necesidades deben estar cubiertas, y en estas necesidades incluimos obligatoriamente poder realizar las actividades básicas de la vida diaria que puede tener toda persona enferma o en situación de dependencia.

Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal (unidades: valores absolutos)

| | Ambos sexos | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | de 15 a 24 años | de 25 a 34 años | de 35 a 44 años | de 45 a 54 años | de 55 a 64 años |
| Enfermedad cerebrovascular | 275 | 1019 | 3077 | 8379 | 14753 |

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2011. Resultados nacionales.

Enfermedad cerebrovascular



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Definición de dependencia

“Es el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia (arts. 2 y 26).

Definición de autonomía

“La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y referencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.”

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia (arts.2 y 26).

Entendemos pues que hay cuatro tipos de dependencia:

- Dependencia física: cuando hemos perdido el control de las funciones corporales y la interacción con elementos físicos del entorno, consecuencias o secuelas producidas por enfermedades de tipo cerebrovasculares.
- Dependencia psíquica o mental: donde se pierde la capacidad de decidir o razonar adecuadamente o de tomar decisiones que afectan a su vida.
- Dependencia sensorial: cuando se padece alguna afectación en los sentidos, que dificulta la realización tanto de las actividades básicas de la vida diaria como las instrumentales, así como desplazarse, trabajar, conducir, etc.
- Dependencia mixta: se inicia a partir de una enfermedad, que ocasiona disfuncionalidad de diversa índole, es decir, dependencia física con afectación de la movilidad asociada a problemas sensoriales, con afectación de habla, dificultad en la ingesta de alimentos y reducción de la comunica-

ción con su entorno (personas enfermas de parálisis cerebral, enfermedad de Parkinson, etc.).

Y tres grados de dependencia establecidos³:

- **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

⁽³⁾Fuente: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia (arts. 2 y 26).

Sabemos que, como causa del padecimiento de una enfermedad de tipo cerebrovascular, pueden surgir una serie de dependencias y secuelas que requieren o bien de ayuda o bien de rehabilitación; a esta situación hay que sumar una serie de problemas no solo de la persona enferma, sino del círculo familiar, de la atención y ayuda que va a precisar el enfermo, de acompañamientos tanto al hospital como en el propio domicilio y del desequilibrio que puede conllevar la enfermedad a la familia tanto a nivel afectivo, social, laboral, económico, teniendo en cuenta que en función del momento del ciclo vital en que se encuentre el enfermo va a traer problemáticas añadidas (que a su vez sea cuidador de niños pequeños o padres con dependencia a su vez, por ejemplo), o bien que sea la persona que estaba sosteniendo económicamente a la familia, tenemos una situación de dependencia que puede conllevar estados de estrés importantes.

Esta tipología de enfermedades inesperadas generan angustia, tanto en el enfermo como en la familia, y dependiendo del nivel de afectación junto con más factores, obviamente, una situación de angustia y desamparo muy frecuentemente, que se vive con la amenaza de la desaparición del mundo cotidiano que hasta ahora conocían.

Los trabajadores sociales sanitarios debemos realizar intervenciones que ayuden a resolver las necesidades de las personas con enfermedades que les han generado una dependencia y esta, a su vez, una problemática en su familia,

teniendo en cuenta que en numerosas ocasiones la intervención irá más allá, en tanto que esta tipología de enfermedades produce además de la afectación física, discapacidades e incluso dificultades de inserción en la comunidad.

La necesidad de abordar la rehabilitación de pacientes con enfermedades cerebrovasculares desde diferentes disciplinas es aceptada por todos, por los problemas de diferente índole que suscita.

8. ¿Qué entendemos por trabajo en equipo?

Podemos decir que es la actividad de un grupo de personas que realizan diferentes aportaciones hacia la consecución de un objetivo común. Es importante resaltar la necesidad de interacción de los diferentes componentes del grupo, y no resignarnos con sumar las diferentes opiniones, esto nos lleva a entrar en la clasificación en equipos multidisciplinares, equipos interdisciplinares y equipos transdisciplinares.

El equipo multidisciplinar hace referencia a la interacción entre varias disciplinas, esto se concreta desde la simple comunicación hasta una verdadera integración, en cuanto a metodología, objetivos, etc. Se persigue una intervención conjunta por parte de todos los miembros del equipo, que prima sobre las intervenciones individuales.

El equipo interdisciplinar hace referencia a un conjunto de profesionales, igualados entre sí, que quieren conseguir un objetivo común, aportando cada uno sus conocimientos, experiencias, etc., de tal manera que mediante intercambios e integraciones mutuas se genere un enriquecimiento de todos los componentes.

Es fundamental fijar objetivos comunes y específicos que pretenderán resolver el problema cuya solución solo se encontrará en el seno del equipo.

El equipo transdisciplinar corresponde a la sucesión de relaciones interdisciplinarias integradas, de modo que el sistema resultante no tendría fronteras sólidas entre las disciplinas.

La definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de rehabilitación implica que el paciente pueda llegar a conseguir el nivel más alto de adaptación física, psicológica y social posible, incluyendo todas las medidas necesarias para que la persona afectada pueda conseguir una integración óptima. No hay que olvidar las necesidades de la familia, que no deja de estar afectada igualmente y en ocasiones de forma más dramática que la propia persona, siendo preciso ofrecer un apoyo tanto informativo como terapéutico.

El trabajador social sanitario se integrará en el trabajo en equipo, bien sea multidisciplinar, inter o transdisciplinar, con el objetivo de facilitar el proceso de rehabilitación de la persona afectada así como de la/s problemáticas asociadas o generadas por la enfermedad tanto al paciente como a la familia.

Otro factor importante es que la información que facilitemos a la persona enferma –y en caso de que esta no se encuentre en condiciones de decidir facilitaremos a la familia– garantice que puede tomar una decisión con autonomía, es decir, que hemos dado una información adecuada y adaptada, y que con su decisión se garantiza ser partícipe activo de su propio proceso vital.

9. Depresión

La depresión es una enfermedad muy frecuente, que provoca muchas limitaciones y tiene un fuerte impacto a nivel social; la persona que la padece puede sentirse señalado o estigmatizado por la sociedad, lo cual no ayuda a que esta persona acuda en busca de ayuda a los profesionales de la salud. No hay una comprensión por parte de la sociedad hacia una enfermedad que parece que no dé una sintomatología evidente de enfermedad, por tanto, es importante mejorar el conocimiento social de la misma para que las personas que la padecen no se sientan señalados y acudan a los profesionales para su diagnóstico, tratamiento y soporte, y a su vez los profesionales también hagamos formación e información –educación para la salud– a los familiares y a la sociedad en general para la mayor comprensión y entendimiento de esta enfermedad.

La depresión es mucho más que estar triste, la tristeza en sí misma no es síntoma de enfermedad, muchas personas experimentamos este sentimiento en ocasiones, si el estímulo y la duración es adecuado es positivo y necesario para la persona, pero en ocasiones ocurre que este sentimiento no desaparece y se combina con otros síntomas que hacen que tengamos dificultades para desarrollarnos con autonomía en nuestra vida. Es entonces cuando podemos estar ante una persona con un trastorno llamado depresión.

La depresión puede venir dada por diferentes sucesos que actúan como desencadenantes o bien puede surgir sin causa aparente. Hay factores que pueden favorecer o predisponer la aparición de la depresión, tener antecedentes familiares que la hayan padecido, tener una enfermedad física grave, estar en un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido o bien por la pérdida del trabajo son algunos de los sucesos que pueden conllevar a la aparición de la depresión.

La sintomatología de esta enfermedad se manifiesta con sentimientos de tristeza o desesperanza, con la pérdida de interés en actividades que anteriormente resultaban placenteras, puede manifestarse con un cansancio generalizado, irritabilidad, trastorno del sueño, desórdenes alimentarios, pérdida del interés sexual, sentimientos de culpabilidad, pensamientos negativos y deseos de muerte o ideas suicidas.

El tratamiento de la persona diagnosticada de depresión va a depender de la tipología de la misma, es decir, si es leve, moderada o grave, y si hay causas de esta que puedan ser tratables; puede ser tratada desde la atención primaria sanitaria o bien si su clasificación hace aconsejable que el tratamiento se lleve a cabo desde los servicios de salud mental para adultos.

El abordaje se realizará a nivel interdisciplinar, y el trabajo se abordará tanto con el adulto enfermo como con el entorno familiar.

Es importante tener en cuenta en el abordaje con la familia las necesidades que tiene de información y aprendizaje para ser una parte activa en el cuidado de su familiar enfermo y el soporte que puede darle, por tanto, tendremos en cuenta facilitarle soporte, formación e información y orientación. En las situaciones de más fragilidad y dependencia de los enfermos, mayor necesidad de soporte se da en el entorno familiar, y más concretamente en el cuidador principal. En el caso en que la persona enferma tenga a personas dependientes a su cargo, hace que la situación de fragilidad se extienda al núcleo familiar y se necesite intervención en función de las personas dependientes de él, bien sean hijos o personas mayores.

10. Momento clave en el ciclo vital de la mujer adulta: la menopausia

En nuestra sociedad actual el proceso de la menopausia es vivido de forma diferente dependiendo del contexto y rol social.

La menopausia, ¿enfermedad o proceso natural?

La menopausia es un evento que se produce durante el climaterio y se define como la etapa de amenorrea, secundaria al fallo ovárico, por 12 meses ininterrumpidos.

Suele ubicarse entre los 45 y 55 años de edad, aunque en algunas mujeres puede darse antes o después de esta franja de edad. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad (ambos son períodos de transición pero con claro sentido opuesto), son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos. Lo que suele ocurrir con frecuencia es que, debido al proceso en sí, se puede producir un equilibrio funcional inestable que lleve a desviaciones patológicas, lo que constituye el llamado síndrome climatérico.

Es un proceso natural, es solo el fin de la capacidad reproductiva de la mujer.

Los hábitos, las costumbres, la educación, el trabajo, la religión, los mitos y hasta el clima influyen en las manifestaciones que pueden presentarse y que se han descrito. Históricamente, el papel que la mujer haya desempeñado en la sociedad, su papel en el desarrollo de diversas culturas y el estatus familiar son aspectos de gran interés.

Cada mujer vive los cambios de esta época según su realidad, su familia, su trabajo, sus amistades, su entorno social, pero en general, es cierto que a todos nos asusta envejecer en una sociedad donde la juventud y la belleza son sinónimos de éxito, inteligencia, futuro, que la publicidad continuamente resalta y en donde la pérdida de la capacidad reproductiva se asocia con la pérdida de la feminidad, la desexualización y la decadencia. A esto podemos añadir que la mujer en nuestra sociedad puede encontrarse viviendo situaciones angustiosas coincidiendo con el periodo del climaterio, el cuidado de los padres o el cuidado de los nietos o ambos a la vez, con lo que podemos encontrarnos con una carga que puede implicar para la mujer la renuncia o postergación de otros proyectos personales. Además, la situación económica actual supone bien un retraso en la emancipación de los hijos o bien la vuelta al hogar paterno/materno de estos por problemas de índole económica (paro, inestabilidad en el trabajo, desahucios).

No es solamente la menopausia la causante de la depresión de muchas mujeres, sino que esta enfatiza los problemas de esta etapa de la vida.

Las mujeres que trabajan, realizan actividades, tienen hobbies, amistades y una vida personal intensa presentan menos problemas en este periodo de la vida. El trabajo y la formación tienden a reducir la dependencia, facilita la entrada a una red informal de socialización y de recursos, a la vez que desarrollarse profesionalmente aumenta las recompensas como individuo y facilita fuentes alternativas de autoestima y de satisfacción.

Las relaciones de la mujer con sus hijos, su pareja, amigos, familiares cambian con la edad y los valores personales se reflexionan con la experiencia adquirida.

Hay que remarcar que el componente cultural que rodea a la etapa de la menopausia determinará en gran medida el bienestar psicológico de las mujeres en esta etapa. La menopausia puede ser vivida como una etapa de crisis vital con oportunidades para la autorrealización y cambios con vistas a una mayor autonomía o bien como una etapa caracterizada por sentimientos de soledad y el síndrome del nido vacío.

Si antes hablábamos de mujeres que pueden vivir situaciones angustiosas a causa del cuidado que deben hacer de sus padres y/o sus nietos y la vuelta de los hijos al hogar, también podemos encontrarnos con el caso contrario, que es el que hasta la actualidad más se ha producido. Los hijos se independizan del núcleo familiar, esta situación del ciclo vital y la reacción emocional asociada a este ha sido descrito como el “síndrome del nido vacío” que es uno de los eventos vitales de esta etapa. Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar está solo, que sus hijos tienen una vida independiente y que ella ha perdido su papel protagonista socialmente. Si sus metas e intereses giraban solamente alrededor del cuidado de sus hijos, puede verse frustrada y con un sentimiento de soledad.

La intervención del trabajo social sanitario en la mujer podemos enfocarla en el ámbito de la educación, la prevención y la promoción. Actualmente se le da mayor importancia a la mejora de las condiciones de vida de la mujer climática y al fomento de estilos de vida más saludables así como a la prevención de los riesgos asociados a esta etapa. La educación para la salud se configura como una de las principales estrategias a seguir en la atención a la mujer en esta etapa; el desconocimiento y la desorientación que muchas mujeres experimentan en esta etapa es, con toda probabilidad, uno de los factores que más influyen en la vivencia negativa que pueden tener de esta.

En esta etapa, son beneficiosos los grupos de autoayuda, ya que no solo favorecen un intercambio de información, sino que favorecen la elaboración y la toma de sus propias decisiones, lo que propicia un proceso educativo y de trabajo en equipo.

La intervención del trabajo social sanitario desde la atención primaria sanitaria, juntamente con otros profesionales, podemos basarla en un programa educativo para grupos de autoayuda, definiendo los conocimientos que deban tener referente a este proceso natural; podemos incluir aspectos biológicos, psicológicos, sociales, riesgos de salud, cuidados y actividades de promoción y prevención. La impartición del programa educativo permitirá que las mujeres participantes establezcan relaciones, les facilitará la comunicación y fortalecerá su red social y su apoyo social, por tanto, los resultados serán positivos tanto a nivel de adquisición de conocimientos y hábitos saludables en referencia al comportamiento de las mujeres relacionados con su salud en el momento de la menopausia, como al fortalecimiento de su apoyo y red social.

Los grupos de autoayuda proporcionan formación e información y constituyen un punto de encuentro y de apoyo afectivo que ayuda a la mujer a aceptar los cambios que conlleva esta etapa, mejorando su visión del envejecimiento y disminuyendo su aislamiento.

Es importante que las mujeres aprendan a identificar cuáles son los problemas de salud propios de la menopausia y cuáles son derivados de otras circunstancias. La información recibida sobre los cambios físicos y psíquicos puede conllevar una mejoría en el estado psíquico de las mujeres climatéricas.

Para poder llevar a cabo acciones de educación para la salud en las mujeres, deberemos disponer de un plan educativo que permita ajustar los objetivos a las características y necesidades de la población a la que vamos a dirigir nuestra intervención. Debemos saber los conocimientos previos que tienen, sus actitudes ante el tema, sus hábitos, si existen comportamientos nocivos, para poder desarrollar un programa de intervención que responda a los objetivos marcados y que dé respuesta a las necesidades expresadas por el colectivo al que va dirigida la acción. Para ello realizaremos una evaluación inicial que nos permitirá formular objetivos, actividades adecuadas, y una evaluación del programa de forma coherente.

11. La pérdida de trabajo

En la actualidad en la que estamos inmersos, uno de los sucesos más preocupantes es el número de personas que han perdido su empleo; las personas que pierden por un despido su trabajo, –estamos hablando justamente de la etapa del ser humano que nos ocupa– se enfrentan a un hecho traumático en su vida, es uno de los acontecimientos vitales que puede llegar a ser más estresante, juntamente con el de estar en el paro.

Las personas que padecen un despido y que tardan en reincorporarse al mundo laboral sabemos que sufren la pérdida de ingresos, pero aparecen frecuentemente problemas emocionales que a menudo pueden ser más graves que el de la pérdida económica. Cuando una persona deja de estar en el mundo laboral como parte activa a causa de una decisión impuesta, como es el caso que nos ocupa, puede sufrir un descenso del concepto propio que tenemos, así como una disminución de la autoestima; la persona que sufre la pérdida de trabajo pasa por un proceso de duelo que puede ser similar a la pérdida de un ser querido, y este proceso pasa por diferentes fases, desde la incredulidad hasta la ira.

Puede provocar que la persona se sienta sola, marginada, aislada, sufrir depresión y conllevar trastornos físicos y derivar en enfermedades psicosomáticas, debido al desajuste en el marco referencial de la persona adulta, incluso podemos hablar de exclusión social cuando hablamos de parados de larga duración.

Una vez superada la fase del duelo por la pérdida del trabajo, el adulto reemprende la búsqueda de trabajo, no obstante, encontrar un nuevo trabajo puede ser más difícil en personas que estén en la etapa madura del adulto, aunque en los momentos actuales la situación es difícil para toda la franja de edad que abarca la adultez, incluidos los jóvenes.

¿Cómo abordar la intervención del trabajo social sanitario ante esta problemática?

Estamos hablando de enfermedades provocadas por una realidad social y económica que hace que la persona que esté padeciendo un estrés, una depresión causada por la pérdida del trabajo, vea afectada su salud emocional. Desde la atención primaria sanitaria podemos hacer un abordaje potenciando aquellos factores positivos y protectores que la persona posee y puede utilizar en beneficio propio, como por ejemplo la familia y una red social que le de soporte por ejemplo.

El abordaje siempre va a depender de la persona enferma, de su necesidad, de su entorno familiar y social, de la coordinación con el resto de profesionales (psicólogo, psiquiatra, enfermería, cardiólogo, etc.), cada individuo es único y como tal hay que hacer nuestra intervención profesional, pero hay una actuación que sí es común, la aplicación de los protocolos que hemos podido elaborar con el trabajo y la experiencia de nuestras intervenciones.

12. La preparación a la jubilación

A la persona adulta le llega un momento en el que debe abandonar su ocupación laboral. Cuando se nos acerca el momento, ¿somos realmente conscientes de ello? ¿Nos preparamos para adaptar nuestra vida al nuevo estatus social? Hasta este momento de la vida, nuestro tiempo ha estado organizado en gran medida por la dedicación a nuestro trabajo, nuestro hacer diario viene regulado por nuestro quehacer laboral, y puede surgir la duda de ¿qué va a ocurrir ahora?

La jubilación es la transición que implica el abandono del desempeño de un rol laboral, con todo lo que conlleva dicha transición, la reestructuración de nuestro tiempo, de nuestras funciones y actividades.

El modo en que una persona se prepara para un momento vital muy importante como es la jubilación va a depender en gran manera de diversos factores, de los recursos personales de que dispone, de sus recursos económicos obviamente, va a depender de su nivel de instrucción, si ha cursado estudios o no, de cómo ha organizado su tiempo de ocio en su vida adulta, si tiene aficiones, de su red social, de sus amistades, de la relación con su pareja –si la hay– y de la relación con sus hijos.

Todos estos factores pueden ser componentes positivos o no tan positivos en la preparación a la jubilación de una persona; si en nuestra vida nos hemos desarrollado con éxito, entendiendo el éxito como sentirse autorrealizado en aquellas metas que uno se ha fijado, a nivel personal, emocional, profesional... y tenemos una autoconcepto positivo y un buen grado de autoestima, tenemos elementos que nos van a facilitar dar este paso, aun así, es un momento clave para la persona, ya que va a pasar a ser parte de otra categorización: población no activa o población pasiva.

El diccionario de la Real Academia Española, define la población activa como:

“Parte de la población de un país ocupada en el proceso productivo y por cuyo trabajo recibe retribución.”

Y define pasiva como:

“Se dice del haber o de la pensión que disfrutaban algunas personas en virtud de servicios que prestaron o del derecho ganado con ellos y que les fue transmitido.”

Una de las características de la jubilación es la pérdida. Perdemos el trabajo, perdemos la remuneración y la identidad, esta nueva situación requiere por parte de la persona capacidad de adaptación al cambio de sus nuevas circuns-

tancias. Al dejar el trabajo se puede producir la sensación de inutilidad tanto a nivel de la persona jubilada como por parte del entorno más próximo y de la sociedad en general.

Las personas durante su ciclo vital han tenido que optar por dejar de realizar actividades que también han afectado a su círculo social, puede ser el momento de volver a retomar actividades que habíamos abandonado y reforzar nuestro círculo social con el consiguiente aumento de apoyo social. Es importante en esta nueva etapa de la vida evitar el aislamiento social, ya que el aumento de interacciones sociales lo previene y favorece el aumento de bienestar social, emocional y la satisfacción personal. Es muy importante que la persona esté preparada para utilizar su tiempo. En nuestra sociedad hemos tenido una educación para trabajar, para ser productivos, no nos hemos educado para la utilización del tiempo libre y del tiempo de ocio, y en esta nueva etapa de nuestro ciclo vital hemos de aprender qué hacer con nuestro tiempo, ya que puede ser una fuente de angustias, de procesos de somatizaciones, de depresión.

El papel de la familia en este momento es de gran importancia, ya que puede proporcionar al individuo la satisfacción de la necesidad de afecto y seguridad: los beneficios que se desprenden del mantenimiento de las redes sociales son aceptados por los profesionales de la salud, y se constata su importancia durante los periodos de enfermedad contribuyendo directamente al bienestar de la persona en la medida en que satisfacen necesidades sociales básicas.

La conservación de los vínculos familiares y afectivos parece reducir la vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes, la cantidad y calidad de los contactos sociales parece que modifican la susceptibilidad a diferentes patologías y a posibles enfermedades de corte psicossomático.

La intervención profesional en este momento vital debe tener en cuenta otro factor además de los mencionados, es importante la relación que la persona produce entre la jubilación y la edad, cada persona acepta el envejecimiento en función de su concepción de este.

13. Acciones para la educación, prevención y promoción de la salud

Partimos de la definición de la OMS (1983) de la educación para la salud como “el conjunto de actividades encaminadas a aumentar la capacidad de los individuos y de la comunidad para participar en la acción sanitaria y la autoresponsabilidad en materia de salud, y utilizando la educación para la salud como instrumento para afrontar los principales problemas de salud”.

El concepto de educación engloba todos aquellos hechos humanos en los que se da un proceso de creación o transmisión de información, en el que el protagonista es la persona que asimila esa información; la adquisición de la información, naturalmente, comporta no solo el dominio del conocimiento transmitido, sino la construcción de la conciencia.

Son varios los elementos que intervienen en el proceso educativo: la persona que aprende, la persona que transmite (los profesionales), el contenido que se transmite, los recursos que se utilizan y el medio en que se da la interacción.

La educación del individuo ayuda a la persona a mejorar su participación en la atención y también en la toma de decisiones informadas.

La utilización de la educación para la salud como instrumento generador de cambios, de aprendizaje y capacitación del individuo, así como de su implicación en la gestión de su salud y potenciando su participación en la prevención y promoción de la salud juntamente con los profesionales de esta.

Podemos hablar de dos perspectivas desde la educación para la salud, la preventiva y la de promoción de la salud:

- Desde la perspectiva preventiva, se capacita a la persona para evitar los problemas de salud ejerciendo el control de las situaciones de riesgo.
- Desde la perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la comunidad para adoptar formas de vida y hábitos saludables.

Desde la atención primaria sanitaria, el trabajador social sanitario participará en la elaboración de los programas dirigidos al individuo y a la comunidad para favorecer los hábitos saludables, aportando al resto del equipo de profesionales la visión del contexto social, familiar y cultural en el abordaje de la salud.

La educación para la salud debe dirigirse a toda la población, pero con mayor disposición, a los grupos de riesgo, llevando a cabo acciones que favorezcan la prevención de problemas. Dicha acción la llevaremos a cabo tanto a nivel individual, grupal y comunitario y lo haremos mediante acciones que favorezcan la intervención en el área de conocimientos, en el área emocional y en el área de habilidades.

El diseño eficaz de los contenidos de la educación se puede iniciar con la evaluación de las necesidades de aprendizaje de la población a la que va dirigida, el aprendizaje es más eficaz cuando va dirigido y adaptado a las necesidades específicas de la población.

14. Consideraciones

A modo de cierre, creemos importante remarcar que las enfermedades que hemos expuesto anteriormente no son todas las que se dan en la vida adulta, hay más enfermedades de consideración que afectan a la persona adulta, desde accidentes que provocan lesiones y secuelas invalidantes que afectan al individuo y a toda la familia, pasando por infecciones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc., al igual que no hemos tratado todos los momentos del ciclo vital de la persona adulta.

Cabe remarcar de nuevo que en las intervenciones del trabajo social sanitario no hay una fórmula que nos permita un abordaje único, ya mencionamos que cada persona es única y como tal efectuaremos una intervención personalizada, adecuada a las necesidades demandadas y expresadas tanto por el individuo como por el entorno familiar.

Bibliografía

Donati, P. (1994). *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.

Colom Masfret, D. (2011). *El Trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Ed. UOC.

Craig Grace, J.; Baucum D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educations.

Páginas web

<http://www.who.int/es/>

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414/a2011/&file=pcaxis>

