

# El trabajo social sanitario en atención primaria

María Concepción Abreu Velázquez

PID\_00206285



# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Consideraciones en torno al trabajo social sanitario en equipos multidisciplinares.....</b>	<b>7</b>
<b>2. El rol de los trabajadores sociales sanitarios en los equipos de atención primaria.....</b>	<b>13</b>
<b>3. La atención directa a usuarios.....</b>	<b>15</b>
3.1. La valoración psicosocial .....	18
3.2. La valoración psicosocial a menores .....	22
3.3. La valoración psicosocial a las personas mayores .....	27
3.4. El establecimiento del diagnóstico social sanitario .....	35
3.5. La intervención .....	36
<b>4. La investigación.....</b>	<b>40</b>
<b>5. La docencia.....</b>	<b>42</b>
5.1. La comunicación mediante la presentación oral en formato digital .....	44
<b>Resumen.....</b>	<b>47</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>49</b>



## Introducción

Los trabajadores sociales se introdujeron en este ámbito como consecuencia de la reforma sanitaria iniciada en nuestro país a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986. Esta incorporación resultó una novedad frente a la dilatada trayectoria en hospitales y dispositivos de atención a la salud mental. No se trató de un hecho casual, sino que fue el resultado de la conexión con un proceso histórico iniciado a raíz de los cambios sociales sobrevenidos con la primera revolución industrial, acaecida en el siglo diecinueve. Durante este periodo se origina en la medicina una corriente de mayor sensibilidad hacia el contexto social que rodea la enfermedad. Este proceso es determinante para el inicio de una etapa de trabajo conjunto entre médicos y trabajadores sociales, labor que ha continuado durante más de un siglo. En el primer semestre lo hemos visto en más detalle.

Avanzado el siglo XX, surge en la sociedad inglesa una corriente de pensamiento que partiendo de una concepción holística de la existencia otorga una mayor relevancia a los factores sociales.

El concepto de promoción de la salud, uno de los centros sobre los que gravita el actual modelo de atención primaria sanitaria, surge en este contexto ideológico. A la par, en países como EE. UU. y otros, se van implementando nuevos dispositivos asistenciales, como los centros de higiene rural o centros de salud; este modelo es el que termina por extenderse a nuestro país.

A estos elementos se unen los movimientos sociales de los años sesenta, que ponen en evidencia la persistencia de desigualdades tanto en el terreno de lo social como en el de la asistencia sanitaria. De esta contestación crítica al capitalismo surge el paradigma ecológico-biológico-social que promueve la justicia social y el cambio hacia una sociedad más igualitaria.

Este paradigma fue recogido por la OMS en su conferencia de Alma-Ata, en 1978, y se traduce en la nueva formulación del concepto de *salud*, que pasa a definirse de la siguiente manera:

"Es el estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales".

*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (1978, 6-12 de septiembre). Alma-Ata: OMS.

En los últimos años ha surgido una controversia en torno al concepto de salud y sobre el papel de la atención primaria en el seno del sistema sanitario. En este debate, los defensores de la atención primaria le atribuyen un papel central dentro del sistema nacional de salud, por tanto sería conveniente una mayor

### Referencia bibliográfica

M. C. Abreu Velázquez (2009). "El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud" [artículo en línea]. *ENE* (vol. 3, n.º 2).

dotación presupuestaria y una apuesta más decidida por este modelo. Por el contrario, los gestores sanitarios destinan cada vez más recursos a la atención especializada sustentada en la tecnología, cuyo centro es el hospital.

Dicha situación, unida a la confluencia de otros factores, supone un obstáculo para el desarrollo del trabajo social sanitario en la atención primaria, que tiene su centro de interés en los factores sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad desde la prevención, la asistencia, la promoción y la rehabilitación. El trabajador social sanitario posibilita el abordaje de la dimensión social de la salud.

Esta apreciación de la profesión se debe a dos factores. El primero tiene que ver con el objeto de estudio de la disciplina: el ser humano en interacción con el entorno. El otro factor, con su articulación en torno a dos focos de atención: el individuo y su familia y el entorno comunitario.

No debemos olvidar que el trabajo social nace de la confluencia, en tierras americanas, de dos movimientos sociales surgidos en la Inglaterra victoriana: la *Charity Organization Society* (Sociedad para la Organización de la Caridad), en 1869, y el movimiento para la reforma social *Settlement House*, en 1884. El movimiento *settlement*, liderado por Jane Adams, puso el acento en la modificación del entorno y promovía la reforma social; este movimiento fue el origen del trabajo social comunitario y del trabajo social de grupo. El otro foco del trabajo social, cuya líder fue Mary Richmond, se centró en el trabajo con el individuo y su familia, es el denominado *casework*.

Atendiendo a esta dualidad focal de la disciplina, la atención primaria de salud se presenta como un marco ideal para el despliegue del potencial del trabajo social sanitario, ya que propicia la intervención en ambos focos: el individual-familiar y el grupal-comunitario.

#### Referencia bibliográfica

Abreu Velázquez; M. C. (2009, septiembre) "El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud" [artículo en línea]. *ENE* (vol. 3, n.º 2).

## 1. Consideraciones en torno al trabajo social sanitario en equipos multidisciplinares

Durante la formación de pregrado los trabajadores sociales adquirimos los fundamentos teóricos de la disciplina junto a la noción de un futuro desenvolvimiento profesional en el marco de una interacción continuada con otras profesiones con las que compartiremos espacio laboral, ya sea en las instituciones públicas, asociaciones, o en el contexto de la práctica privada. Esta noción guarda relación con la construcción histórica de la disciplina, con una relevante aportación de otras ciencias, como la psiquiatría, la psicología o la sociología, lo que favorece la concepción de la complejidad del objeto de intervención. A su vez, el trabajo social como ciencia incorpora intrínsecamente como axioma la imposibilidad de cualquier disciplina de poder responder por sí misma a las complejas y cambiantes necesidades humanas. Otro elemento que debemos considerar es que el uso de los recursos sociales en la intervención profesional, que es una particularidad de los trabajadores sociales, conlleva el encuentro y el intercambio con profesionales de otras ramas del saber. La fundamentación del uso de los recursos sociales viene recogida en la definición de trabajo social de Moix Martínez.

"La ciencia que estudia, investiga y hace progresar la actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, tratando de ayudarles a que se ayuden a sí mismos, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los servicios sociales y por las instituciones y los sistemas de bienestar social".

Manuel Moix Martínez (2006). *Teoría del Trabajo Social* (pág. 259). Madrid: Editorial Síntesis.

Hay que tener en cuenta, además, la notable variabilidad de estos saberes, pues a lo largo de nuestra vida laboral como trabajadores sociales sanitarios estaremos obligados a interaccionar con médicos (con sus diferentes especialidades), enfermeros, psicólogos, abogados, fiscales y un largo etcétera. El conjunto de los factores mencionados favorece la predisposición de los trabajadores sociales al diálogo con otras profesiones aunque si bien no es menos cierto que, en la práctica, encontramos que este intercambio no está siempre exento de ambigüedades y tensiones.

La práctica profesional de un trabajador social sanitario está necesariamente ligada al intercambio con otras profesiones. Se establecen así dos categorías relacionales:

- El trabajador social sanitario forma parte de un equipo multiprofesional en las instituciones sanitarias y sociosanitarias. En la práctica, constatamos que la mayoría de las interrelaciones se establecen con otros profesionales sanitarios, ya sea como integrantes de un mismo equipo asistencial o como

miembros de otros equipos de la red asistencial de la atención especializada. Debemos tener presente que buena parte de la actividad profesional la desarrollaremos en el contexto interno del sistema sanitario, sin apenas implicar a otros organismos. Un ejemplo: cuando un usuario presenta una situación de incapacidad laboral, en la atención a los enfermos terminales, en las campañas sanitarias, en el trabajo con grupos, etc.

- El trabajador social sanitario, dentro de estos equipos multiprofesionales, hace uso de los recursos sociales en el marco de una intervención o un tratamiento psicosocial. Esta actividad lleva aparejada en sí misma el ejercicio del rol de enlace del equipo de atención primaria con la comunidad de referencia.

En este apartado de la asignatura abordaremos la primera de las categorías relacionales, aquella en la que el trabajador social sanitario forma parte de un equipo multidisciplinar. La segunda categoría hace referencia a las funciones que se desempeñan en el área de la coordinación sociosanitaria. Ésta se tratará de manera específica más adelante, en otro apartado.

Las bondades del trabajo en equipo multidisciplinar (EM) han sido fundamentadas teóricamente por muchos autores. Para la Sociedad Española de Psiquiatría el objeto del trabajo, o la tarea de un equipo multidisciplinar, es el siguiente:

"Programar y desarrollar actividades que sean capaces de proveer, restablecer o mejorar la salud mental de la comunidad y para conseguir esto dispone de la ventaja de reunir distintas disciplinas y paradigmas".

*Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría.* [documento en línea] [Fecha de consulta: 1 de febrero de 2002].

<<http://www.sepsiq.org/>>

Siguiendo el concepto de equipo multidisciplinar de la Sociedad Española de Psiquiatría, la ventaja principal del trabajo en equipo multidisciplinar radicaría sería la siguiente:

"La posibilidad de tener la capacidad de llevar a cabo una serie de actividades que no parece posible de otra manera. Una vez conseguida la integración de conocimientos el equipo multidisciplinar puede abordar el proceso salud-enfermedad en todas sus dimensiones y a todos los niveles (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación) ya sean por sí solos o en coordinación con otros equipos".

*Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría.* [documento en línea] [Fecha de consulta: 1 de febrero de 2002].

<<http://www.sepsiq.org/>>

Expertos sanitarios, como Rosen, Asaria y Dixon, en su informe para la King's Fund de Londres, elaborado a raíz de los seminarios de intercambio con The Commonwealth Fund de Nueva York –celebrados en marzo del 2006, en los

que se debatieron políticas para la mejora de la gestión de las enfermedades crónicas-, señalan también la adecuación de los equipos multidisciplinares para esta tarea.

"Equipos multidisciplinares que monitorizan las condiciones de los pacientes aseguran la obtención de todos los cuidados recomendados y los servicios de prevención, así como el entrenamiento y el soporte, tanto para el paciente como su familia, en el manejo de los cuidados".

Rebecca Rosen; Perviz Asaria; Anna Dixon (2007). *Improving chronic disease management. An Anglo-American exchange* (pág. 13). Londres: King's Fund [Seminar Report].

Los trabajadores sociales sanitarios formamos parte de los equipos de atención primaria de salud, integrados éstos por otras profesiones como médico, enfermero, matrona, auxiliar de enfermería, celador y auxiliar administrativo.

A su vez el trabajo social está acreditado como servicio mínimo de la cartera de servicios comunes de atención primaria dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) por Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece lo siguiente:

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

Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre de 2006, n.º 222

El conjunto de estas actividades necesita de la existencia de equipos multidisciplinares para llevar a cabo la complejidad de las tareas que debe asumir un equipo de atención primaria. Veamos como la normativa es clara al respecto:

"Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados".

Boletín Oficial del Estado (2006), *op. cit.*

Vamos constatando que la inclusión de trabajadores sociales en los equipos de atención primaria de salud es fruto de una tradición que se remonta al siglo diecinueve. Por su parte, los movimientos sociales de los años sesenta trajeron consigo ideales de justicia social y la pretensión de eliminar las desigualdades en salud. Ello conllevó una mirada hacia los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad. Todo esto culmina en 1978, con la formulación de la OMS de un nuevo concepto de lo que se considera como salud, a la vez que se habían venido ensayando nuevos dispositivos comunitarios para la prestación de servicios sanitarios.

Finalmente, la reforma sanitaria de 1984 propicia la entrada de trabajadores sociales en los nuevos equipos de atención primaria para hacer operativo el abordaje de los problemas psicosociales que inciden tanto en el desencadenamiento de la enfermedad como en la persistencia de la misma.

Sin embargo, el trabajo en equipo multidisciplinar suele plantear algunas dificultades señaladas por la propia Sociedad Española de Psiquiatría<sup>1</sup>:

<sup>(1)</sup> *Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría, op. cit.*

- Dificultad para flexibilizar y permeabilizar los roles sin llegar por ello a su confusión.
- Dificultad de establecer vías de comunicación democráticas entre las distintas disciplinas y paradigmas.
- Complejidad de acercar las expectativas de cada miembro a la realidad.
- Dificultad de superar las tensiones de los intereses individuales en beneficio de la cohesión grupal.
- Fragilidad al cambio.
- Peculiar relación institución grupo.
- Dificultad de incluir los afectos.
- Riesgo de que aparezcan divisiones en el equipo.

Como trabajadores sociales sanitarios ejercientes en cualquiera de los ámbitos de la asistencia sanitaria debemos considerar la posibilidad de que estas dificultades se hagan presentes. Ello no debe llevar a cuestionarse propiamente la presencia en un equipo sanitario, pues como vemos se trata de una contingencia posible dentro de la dinámica relacional de los grupos, en este caso profesionales. Más adelante, seguiremos ahondando en esta problemática.

Aun así, podemos reconocer la existencia de algunas peculiaridades en torno a la relación con algunas de las disciplinas presentes en los equipos multidisciplinarios.

En el caso de la relación entre trabajadores sociales y médicos, Roberts, miembro del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Florida del Sur, señala que ésta ha sido más bien históricamente tensa.

Para Roberts, los trabajadores sociales se precipitaron al culpar al modelo biomédico de los problemas en los cuidados de salud, y desaprovecharon la ocasión para aprender algunas lecciones de este modelo con respecto a la mejora de la práctica del trabajo social. Para trabajar con efectividad junto a los médicos, los trabajadores sociales debemos ser conscientes de los valores profesionales de este colectivo y ser capaces de identificar cuándo estos valores entran en conflicto con los valores propios del trabajo social. Según Roberts, estos conflictos se centran en las siguientes áreas:

- Salvar vidas frente a calidad de vida.
- La autonomía del paciente en el establecimiento de los objetivos del tratamiento.

#### Referencia bibliográfica

C. S. Roberts (1989). "Conflicting professional values in social work and medicine". *Health and Social Work* (vol. 14, n.º 3, págs. 211-218). National Association of Social Workers.

- Actitud hacia lo objetivo frente a lo subjetivo.
- La respuesta a los pacientes con problemas emocionales.
- La diferentes perspectivas de los roles en el contexto del equipo multidisciplinar.

Roberts concluye que, si bien esta diferencia en los valores puede ocasionar conflictos, una adecuada reorientación de los mismos traería como consecuencia una colaboración profesional exitosa, lo cual conllevaría beneficios para los clientes receptores de la atención. Como trabajadores sociales sanitarios sería recomendable tener siempre presente la influencia de la ciencia médica en la configuración del trabajo social como disciplina. Ello se evidencia tanto en la terminología adoptada de este campo, con términos como *estudio*, *diagnóstico* o *tratamiento*, como en la metodología de trabajo<sup>2</sup> y en las aportaciones teóricas de algunas de sus especialidades, como es el caso de la psiquiatría. Por ello, debemos considerar que la relación con esta disciplina ha devenido históricamente en un beneficio para el trabajo social.

<sup>(2)</sup>Manuel Moix Martínez (2006). *Teoría del Trabajo Social* (pág. 215). Madrid: Editorial Síntesis.

Finalmente, el trabajo en equipo multidisciplinar es aún hoy la fórmula conocida más adecuada para atender la salud de la población en todas sus dimensiones. La Sociedad Española de Psiquiatría, en el manual citado, añade algunas ventajas:

- Se favorece el aprendizaje y la autoformación de los miembros.
- Se elaboran protocolos. Se favorece la eficacia.
- Se mejora la creatividad.
- Aumenta el peso específico de las decisiones.
- Se tiende a evitar la cosificación del paciente.

En los últimos años, el trabajo social sanitario se está enfrentando a una serie de retos, que conducen a los profesionales hacia la reformulación del rol y al desarrollo de nuevas habilidades en competencia con otras profesiones sanitarias (Geissler-Piltz, 2011).

En las instituciones sanitarias, fuertemente jerarquizadas, los trabajadores sociales se encuentran en una posición difícil; en el camino hacia una mayor convergencia entre las disciplinas, parecen desdibujarse los límites entre los diferentes campos del conocimiento. Es en este marco donde prospera la desigual relación entre tales disciplinas; mientras que la medicina, la psicología e incluso la enfermería cuentan con un mayor cuerpo de conocimiento base derivado de una mayor producción científica, el trabajo social, situado en un segundo plano de la actividad asistencial, conforma su entidad en otro paradigma, el de las ciencias sociales, y la mayor parte de sus estudios se acometen desde la metodología cualitativa.

Como resultado de esta asociación asimétrica se está produciendo la penetración de estas profesiones en los campos de actividad tradicionales del trabajo social.

Paralelamente a este proceso, se observa el fenómeno de la autodepreciación (Sticher-Gil, 1993) de los trabajadores sociales, poco preparados para imponerse en un sistema médico, lo que se traduce en un sentimiento de inferioridad frente a grupos profesionales con una identidad profesional más fuerte.

Con respecto a esto último, Terbuyken (1997) apunta hacia la propia responsabilidad de los trabajadores sociales en el establecimiento de esta desigualdad debido a que a la autodepreciación se une la característica actitud camaleónica de los profesionales que les lleva a adaptarse a aquellos roles y patrones que le son asignados.

### Referencias bibliográficas

- B. Geissler-Piltz** (2011). "How social workers experience supervision: results of an empirical study in the healthcare sector". *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (vol. 20, núm. 1, pág. 5).
- B. Sticher-Gil** (1993). "Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit". *Studium Praxis* (núm. 70, pág. 3-7).
- G. Terbuyken** (1997). "Verstehen und Begleiten. Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von Sozialarbeiter/-innen in der Psychiatrie". *Soziale Arbeit* (núm. 2, pág. 38-48).

## **2. El rol de los trabajadores sociales sanitarios en los equipos de atención primaria**

Si en la primera parte del postgrado se han expuesto las bases teóricas que fundamentan la especialidad en el contexto de las instituciones sanitarias y sociosanitarias, en esta parte vamos a centrarnos en cómo se materializan en la práctica estas teorías en el ámbito de la atención primaria.

Como ya se apuntó en la introducción, la atención primaria de salud es un marco ideal que favorece una práctica profesional en los dos focos de atención de la disciplina: el individuo y la comunidad. Ello comporta el despliegue de un abanico de funciones y actividades enmarcadas en cinco grandes áreas de intervención que abarcan tanto lo individual como lo comunitario.

Estas áreas serían las siguientes:

- La atención directa a usuarios. Hace referencia a la atención psicosocial que se desarrolla con el individuo y su familia, ya sea por presentar un problema psicosocial sobrevenido por la enfermedad o por apuntarse factores de riesgo social cuyo estudio es necesario para determinar su incidencia, actual o futura, en la generación de una enfermedad.
- La coordinación sociosanitaria. En este área se enmarcan las funciones que devienen de la atención directa a usuarios y que implican la relación con otros recursos en el denominado espacio sociosanitario.
- La promoción de la salud y la intervención comunitaria. Se recoge la metodología de trabajo de grupo y comunitario, funciones y estrategias para la promoción de la salud y la participación de la comunidad.
- La investigación. Bajo este epígrafe se aglutina el proceso para la realización de estudios encaminados a intentar dar una respuesta a todos aquellos problemas que se nos plantean relacionados con la práctica profesional. El objetivo final es la generación de conocimiento base propio para el avance de la disciplina en este ámbito.
- La docencia comprende todas aquellas actividades que desarrolla el trabajador social destinadas a la formación de estudiantes de pregrado, ya sea de trabajo social o de otras disciplinas sanitarias, o la contribución a la formación de médicos residentes de medicina de familia; también incluye las sesiones bibliográficas o de docencia impartidas dentro del propio equipo de atención primaria o a otras colegas del ámbito sanitario.

Estas áreas determinan un conjunto de funciones adecuadas para hacer posible el abordaje del objeto de intervención del trabajo social sanitario en su dualidad focal: el individuo y la familia, por un lado, y el entorno social, por el otro. El término *función* alude al conjunto de deberes y responsabilidades de un profesional que surgen de la naturaleza misma del proceso de trabajo. Proporciona elementos a la sociedad para identificar la aportación que hace una profesión, describe su finalidad y establece sus límites.

### 3. La atención directa a usuarios

Esta área introduce al usuario/cliente en el sistema sanitario. El trabajador social sanitario de atención primaria entra en contacto con el mismo por medio de una demanda que se establece de varias formas:

1) Por derivación de un miembro del equipo de atención primaria al detectarse factores de riesgo psicosocial o una problemática social determinada. Por ejemplo, cuando se observan indicadores de maltrato en un menor o se presume que una persona mayor dependiente se encuentra en situación de abandono; también porque se solicita la valoración del apoyo social de un paciente terminal con un alta hospitalaria o porque una usuaria manifiesta que sufre maltrato físico por parte de su pareja, etc. Las demandas que recibe un trabajador social sanitario en atención primaria de salud son muy variadas. Sin embargo, ello no implica que tengamos que intervenir en todas. Por ejemplo, si el usuario tiene un problema económico deberá ser derivado a los servicios sociales. En el caso de la derivación de un miembro del equipo puede ocurrir que el usuario llegue con una "etiqueta". Manifestaciones del estilo "este señor está abandonado por su familia" o "te lo derivo para que le tramites la ayuda a domicilio" son habituales. Un trabajador social sanitario no debe aceptar estas afirmaciones como válidas ni emitir juicios al respecto sin haber procedido previamente a la valoración psicosocial. De lo contrario podría acarrear consecuencias desastrosas para nuestros clientes como, por ejemplo, el trámite de un ingreso en un centro sin contar con la propia voluntad del cliente o fallos en el establecimiento de la relación de ayuda. No olvidemos lo que dice al respecto el *Código de deontología* de la profesión, aprobado en Asamblea General Extraordinaria, el 9 de junio del 2012, en su artículo 15:

"Los/las profesionales del trabajo social, promoviendo el compromiso y la implicación de las personas usuarias, favorecen que estas se responsabilicen en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida, siempre que no vulneren los derechos e intereses legítimos de terceros. Harán el menor uso posible de medidas legales coercitivas, y solo las adoptarán en favor de una de las partes implicadas en un conflicto, después de una cuidadosa evaluación de los argumentos de cada una de las partes".

*Código deontológico*. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social [documento en línea].

Este tipo de derivaciones sesgadas tienen su origen en la formación académica dentro del paradigma científico positivista, propio de muchas profesiones sanitarias. En éste no se reconoce la separación entre el observador y lo observado, de ahí que apenas se tengan en consideración los prejuicios en la valoración de una situación de tipo social.

Si bien este paradigma no puede ser desechado pues ha probado su validez en el estudio de entornos estables y en equilibrio, sus presupuestos no pueden extrapolarse a las complejas interacciones sociales, en entornos cambiantes, donde confluyen factores individuales, familiares, económicos y otros. Es en este espacio donde se producen los problemas que debe tratar un trabajador social. Es importante entender esta diferencia en la forma de concebir e incluso abordar los problemas psicosociales ya que puede explicar, en parte, las dificultades para el diálogo del trabajo social con otras disciplinas. Un estudio de 100 casos clínicos sobre las derivaciones de los médicos a los trabajadores sociales (Goldberg y otros, 1984) puso de relevancia que tales derivaciones están basadas en una visión del estrés psicosocial como una carencia en necesidades concretas y no en los problemas clínicos que presentaban o estaban subyacentes en los pacientes. Un 50% de los pacientes, según este estudio, son remitidos al trabajador social únicamente para la posterior canalización a un recurso; sin embargo, una vez realizada la valoración social, los trabajadores sociales constataron que un alto porcentaje de pacientes no tenía necesidad de dicho recurso (un 30% de los casos). En la práctica profesional en las organizaciones sanitarias encontraremos que esta situación es bastante cotidiana.

Como ya se expuso anteriormente, en los últimos años se viene observando una mayor tendencia de los profesionales de la medicina y la enfermería a prodigarse en el ámbito de lo psicosocial. Los propios trabajadores sociales sanitarios hemos expresado muchas veces la necesidad de que estos profesionales incorporen, de una manera más evidente, la visión de lo social en sus valoraciones; ahora bien, esta inmersión en lo social no se está traduciendo en un reconocimiento del rol del trabajador social sanitario. Más bien lo que está resultando es el fenómeno de cruce de la frontera que divide la medicina y el trabajo social en una única dirección. Ello se explica, según Terbuyken, porque, por un lado, los conceptos teóricos del trabajo social no han impregnado la ciencia médica y, por otro, por la propia responsabilidad, en parte, de los trabajadores sociales en el establecimiento de esta relación asimétrica por su tendencia a la autodepreciación y la adaptación al rol que se espera de ellos en las instituciones sanitarias (el rol del camaleón al que se hizo referencia en el primer apartado del módulo).

No es de extrañar que en el ejercicio cotidiano de la profesión nos encontremos con usuarios que son derivados a nuestro servicio con una demanda concreta ya establecida por otro profesional sanitario. Hasta que el ideario que subyace en el concepto de interdisciplinariedad no impregne a los equipos multidisciplinares, los trabajadores sociales sanitarios debemos desarrollar estrategias en nuestra relación con el resto de las profesiones sanitarias. En el caso concreto de la derivación con una demanda inducida de ingreso en un centro, un trámite de ayuda a domicilio o cualquier otra que se pueda recibir de otro profesional, la estrategia a seguir es siempre, reiteramos, proceder a la valoración psicosocial por parte del trabajador social sanitario. De lo contrario,

#### Referencia bibliográfica

R. J. Goldberg y otros (1984). "Medical Clinic Referrals to Psychiatric Social Work: Review of 100 Cases". *General Hospital Psychiatry* (núm. 6, pág. 147-152).

#### Referencia bibliográfica

Gregor Terbuyken (1997). "Verstehen und Begleiten. Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von Sozialarbeiter/-innen in der Psychiatrie". *Soziale Arbeit* (n.º 2, págs. 38-48).

nuestra práctica profesional deviene en una actividad burocrática centrada en la dispensación de recursos sociales. lo que impide el verdadero conocimiento de las necesidades de la persona.

2) Por derivación de otros profesionales que operan en la comunidad como trabajadores sociales de base, funcionarios del INSS, abogados, etc.

3) Por la demanda expresada por parte de un usuario que acude directamente a la consulta de trabajo social en un centro de salud. Esta modalidad es la más frecuente debido a la ya tradicional presencia de los trabajadores sociales en los equipos de atención primaria de salud y por el habitual fenómeno del boca a boca, de manera que un usuario acude solicitando nuestros servicios por recomendación de otras personas que frecuentan o han frecuentado nuestro despacho.

4) Por captación propia del trabajador social sanitario, porque el usuario está incluido en un programa o protocolo de salud y es preceptiva la valoración psicosocial, en un modelo de atención proactivo, es decir, para valorar los factores de riesgo social.

5) Por derivación de otros servicios dentro del sistema sanitario como resultado de la coordinación entre los niveles asistenciales de primaria y especializada. En el *Documento Marco del Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud*<sup>3</sup> del Servicio Canario de Salud, se establecen los tipos posibles de intervención en el área de atención directa:

<sup>(3)</sup> Documento Marco del Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud (2003). Servicio Canario de Salud.

- Individual.
- Familiar.
- Grupal, si de dan las características de tratase de un grupo compuesto por un número pequeño de miembros que presentan las mismas necesidades de atención.

El marco de la atención primaria favorece la atención a los usuarios en diversos contextos:

- En el despacho ubicado en el centro de salud o consultorios periféricos.
- Excepcionalmente instituciones cerradas, como residencias, centros de acogidas, albergues, si las circunstancias lo requieren.
- En el domicilio del cliente/usuario. En este caso la visita al domicilio debe obedecer a un objetivo claro; por ejemplo: completar la valoración psicosocial de un cliente con problemas de movilidad, porque las condiciones de la vivienda influyen en la exacerbación de la enfermedad, etc. Cabe observar unas mínimas reglas de respeto al lugar de mayor intimidad de

una persona, su hogar. Es conveniente, en la medida de lo posible, avisar cuando se proceda a hacer la visita y, siempre que no se tema que la seguridad del propio trabajador social se vea comprometida, efectuarla en solitario. La visita de varios profesionales suele intimidar al usuario.

### 3.1. La valoración psicosocial

Una de las funciones de los trabajadores sociales sanitarios, en la atención directa, es la valoración psicosocial de los usuarios que así lo requieran. El proceso de valoración<sup>4</sup> es una actividad clave en la práctica del trabajo social de caso.

<sup>(4)</sup>Parker, J.; Bradley, G. (2003). *Social Work Practice. Assessment, planning, intervention and review* (pág. 10). Learning Matters Ltd.

Decimos *proceso de valoración* ya que las modernas teorías del trabajo social señalan que la valoración y la intervención están interconectadas en un proceso dinámico, y que existe la misma relación entre la valoración y la evaluación.

"El proceso de valoración continúa durante todo el proceso de cambio previsto, mientras que la valoración inicial sirve como un modelo que será modificado con la aportación de la información y los datos nuevos" (Pincus y Minichan, 1973)

J. Parker; G. Bradley (2003), *op. cit.*

Por otro lado, el concepto de valoración no es ajeno al debate en torno al trabajo social como arte o ciencia. Si se trata de esto último, el proceso de valoración psicosocial puede efectuarse mediante pasos previamente determinados y medibles. Pero ello conlleva el peligro de reducir los problemas de las personas a situaciones estandarizadas alejadas de la concepción de lo psicosocial, de la individualidad del ser. Mas si entendemos el trabajo social como arte, no podría asegurarse al cliente que la atención no pudiera estar sesgada por las propias creencias del profesional.

Los teóricos apuntan que, en la valoración psicosocial<sup>5</sup>, el enfoque adecuado es aquél que incorpora el trabajo social como arte y como ciencia a la vez, ya que implica habilidades técnicas y la apreciación de la diversidad de la aplicación sistemática de los conocimientos en la práctica.

<sup>(5)</sup>Parker, J.; Bradley, G., (2003), *op. cit.*

"Clifford (1998) señala los elementos interconectados que forman parte de la valoración. La valoración tiene que participar de elementos científicos, teóricos, artísticos, éticos y prácticos, reconocidos por los practicantes y considerados como tradicionales en el trabajo social y todas las profesiones de ayuda".

J. Parker; G. Bradley (2003), *op. cit.*

Desde un enfoque práctico, Austrian desarrolla los cinco pasos del proceso de valoración psicosocial establecidos por Meyer. Se trata de la implementación de un proceso racional por el cual abordaremos el objeto de estudio e intervención partiendo desde una concepción científica de nuestro quehacer profesional, evitando en la medida de lo posible la introducción de sesgos:

1) La **exploración**. En esta primera fase del proceso el trabajador social sanitario y el cliente entablan un diálogo en el que se produce un intercambio de ideas e información relevante; las técnicas de escucha y de observación son claves. Es necesario explorar las expectativas de los clientes con respecto a la relación de ayuda. Debemos evitar centrarnos en exclusiva en los problemas que presenta el cliente ignorando las fortalezas para el cambio. Conviene recordar que uno de los fines del trabajo social es promover el cambio y la propia responsabilidad del cliente. La perspectiva de las fortalezas (*strengths perspective*, en inglés) es definida como la orientación en trabajo social y otras profesiones de ayuda que pone el énfasis en los recursos del cliente, en las capacidades, en las fuentes de apoyo y en la motivación para enfrentar los retos y sobreponerse a la adversidad. Este enfoque no ignora la existencia de los problemas sociales, las enfermedades o las disfunciones familiares, sino que enfatiza los valores del cliente para alcanzar y mantener el bienestar (Barker, 2003). Además, esta perspectiva incrementa la motivación y el potencial del cliente para elegir entre varias opciones de vida. Parker lo ve de la siguiente manera:

"En el marco de evaluación hay que centrarse en las habilidades cognitivas, los mecanismos de afrontamiento, los factores de personalidad, las habilidades interpersonales y el apoyo social sobre los que se pueden construir las fortalezas".

C. H. Meyer (1993). *op. cit.*

En esta fase debéis tener en cuenta las patologías físicas y mentales del cliente que figuren en la historia clínica y como interfieren en el funcionamiento social. Si el cliente presenta una enfermedad grave es importante constatar en que estadio de evolución se encuentra. Ello nos conducirá posteriormente a un mejor diagnóstico de la situación del paciente. Un ejemplo de ello se da en los enfermos de cáncer; los estudios indican que casi un tercio de los enfermos y de los supervivientes experimentan elevados niveles de estrés que requieren intervenciones de trabajo social<sup>6</sup>. El estrés emocional siempre afecta al funcionamiento social. Si detectamos este problema en los enfermos de cáncer de manera temprana las intervenciones psicosociales se podrán ofrecer a tiempo.

2) El **pensamiento por inferencia**. En esta parte de la valoración como trabajador social sanitario deberéis reflexionar, a partir del conocimiento teórico y empírico, sobre el problema planteado por el cliente. Se trata de examinar el problema en función de los datos obtenidos en la fase de exploración. El riesgo en esta fase es que las conclusiones pueden no ser del todo acertadas o que el cliente no esté preparado para aceptar las hipótesis del profesional. En todo caso, es recomendable no precipitarse en las conclusiones. Recordad siempre que la valoración es un proceso, por lo que lo habitual es que no todas

### Referencias bibliográficas

S. G. Austrian (2009). "Guidelines for conducting a biopsychosocial assessment". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

C. H. Meyer (ed.) (1993). *Clinical social work in an eco-systems perspective*. Nueva York: Columbia University Press.

### Referencia bibliográfica

R. L. Barker (2003). *The social work dictionary* (5.ª ed.). NSW Press.

<sup>(6)</sup>Zabora, J. M. (2009). "Developing of a proactive model of health care versus a reactive system of referrals". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

las conclusiones se extraigan en la primera entrevista con el cliente. Es fundamental respetar los procesos del cliente y avanzar nuestras conclusiones cuando éste se halle preparado para recibirlas. El trabajador social sanitario obtiene una conclusión previa de lo que está pasando basada en el establecimiento de relaciones causales. En este estadio de la valoración debéis poner atención a las características de la enfermedad que presenta el cliente: si cursa con brotes, si incapacita o no para la actividad laboral, si a la larga evolucionará hacia la dependencia, si prevé una mejoría o curación, etc.

3) La **evaluación**. Este paso incluye la valoración del cliente, sus fortalezas y sus debilidades, las áreas problemáticas y el entorno familiar y social. También es necesario valorar los recursos internos del cliente, la motivación para el cambio, los recursos con los que cuenta en su entorno. Relacionad, asimismo, que áreas del funcionamiento social son débiles y guardan relación con los problemas actuales del cliente. Ello nos llevará a plantear metas más realistas en el plan de intervención posterior. Identificar las fortalezas y los recursos internos de los que dispone el usuario debe ayudar también a desarrollar el entendimiento y la confianza con el profesional, y esto sucede más rápido con alguien que no está centrado sólo en los defectos, disfunciones o fallos del cliente.

4) La **definición del problema**. Sabemos que cuando el cliente llega a la consulta rara vez presenta un único problema, por el contrario, su problemática se configura como una situación compleja en la que se evidencia una concatenación de hechos y dificultades. Pensad, por ejemplo, en personas con dependencia a sustancias ilegales, en un indigente con alcoholismo o en una persona mayor con dificultades para la movilidad que vive sola. Debe existir un acuerdo tácito entre el trabajador social sanitario y el cliente y/o su familia acerca de cual es el problema en el que se va a centrar la atención en primer lugar.

5) La **planificación de la intervención**. Ésta es la fase en la que entra más en juego el trabajo social como ciencia, ya que la planificación debe estar basada en los pasos previos del proceso de valoración. Podemos utilizar diversas herramientas:

- Genograma/familiograma.
- Ecomapa.
- Culturagrama.
- Flujograma.
- Mapa de la trayectoria vital.

En la valoración hay que tener en cuenta, además, los prejuicios y las falacias en el pensamiento. En el caso de los prejuicios es prácticamente imposible emprender una valoración psicosocial libre de valores. Tened presente que el paradigma científico postmoderno pone de manifiesto que el observador for-

ma parte también de lo observado. Se hace necesario, como trabajadores sociales sanitarios, comprender este fenómeno con el fin de limitar los sesgos en la observación.

Gibbs subraya las falacias del razonamiento científico. Los trabajadores sociales sanitarios, en el curso de nuestra práctica profesional, tomamos decisiones que afectan a las vidas de otras personas, por ello debemos ser conscientes de los fallos que se pueden producir en el proceso de razonamiento:

- La vaguedad. Al hacer descripciones inespecíficas de los problemas de los usuarios y de los resultados que se obtienen, de tal manera que resulta imposible determinar cuál ha sido el progreso.
- Basarse en otros casos. Esto es abordar la problemática de nuestro cliente actual teniendo en cuenta casos anteriores.
- Basarse en la experiencia.
- Basarse en lo nuevo. Creer que un método es mejor porque es nuevo.
- El trato distante al cliente. Por este error se considera que dando un trato cálido y empático al cliente no se es científico, analítico o racional.
- Apelar a la autoridad. Creer que el acierto sobre los clientes y cómo ayudarlos es verdadero en función del estatus o de la autoridad de la persona que realiza el argumento.
- Mantenerse en un juicio sobre el cliente. Sostener un juicio inicial de la conducta del cliente basado en una mínima información previa y no modificarlo para ajustarlo a las nuevas evidencias.

Otra cuestión relevante desde el trabajo social clínico es el establecimiento de la alianza terapéutica.

- El enfoque de los factores comunes (Drisko, 2009) pone el énfasis en que la motivación de nuestro cliente, la calidad de la relación terapéutica, el efecto placebo y las características del clínico son tanto o más relevantes que las técnicas específicas empleadas en el abordaje de los problemas de nuestros clientes. Si bien el impacto de los factores sociales y del contexto social en general no cobra tal relevancia en este enfoque.
- Independientemente de la técnica específica, es más probable que funcione la terapia si la alianza funciona y esta es sostenida en el tiempo.

#### Referencia bibliográfica

L. Gibbs (2009). "How social workers can do more good than harm. Critical thinking, evidence-base practice and avoiding fallacies". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

#### Referencia bibliográfica

J. W. Drisko (2009). "Common factors in therapy". *Social workers' desk reference*. (2.<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press.

- Cuando abordemos clientes con una grave problemática o un daño psicológico mayor, responderán mejor a la intervención si le ofertamos un tratamiento intensivo de larga duración.
- Las intervenciones menos directivas son más efectivas en clientes resistentes al abordaje.

La empatía, la validación y el apoyo emocional son esenciales en el establecimiento de la relación terapéutica.

A continuación se van a exponer dos ejemplos de valoración psicosocial. Se han seleccionado los dos sectores de población cuya demanda de atención directa es más destacada en atención primaria: las personas mayores y los menores.

### 3.2. La valoración psicosocial a menores

La atención primaria es un marco óptimo para la detección de situaciones de riesgo social y desprotección del menor por su carácter de servicio universal en el que prácticamente se abarca la totalidad de la población. La atención a la salud infantil<sup>7</sup> incluye a los neonatos, los menores aún escolarizados y los primeros años de la adolescencia.

<sup>(7)</sup>Servicio Canario de Salud (2003). *Programa de Salud Infantil* (pág. 207).

Como trabajadores sociales sanitarios debemos verificar la existencia de factores de riesgo social en los menores, ya que éstos incrementan la posibilidad de padecer un estado de salud deficitario. Un modelo de trabajo social sanitario proactivo, es decir por programas o protocolos de salud, favorece la detección del riesgo social y una actuación precoz. En cambio, en un modelo de atención a demanda, los problemas sociales ya estarían instaurados en las familias cuando el caso nos llega a la consulta.

Algunos servicios de salud han señalado los factores de riesgo en el menor que deben tenerse en cuenta en la valoración, como es el caso del Servicio Canario de Salud<sup>8</sup>.

<sup>(8)</sup>Servicio Canario de Salud (2003), *op. cit.*

La presencia de un solo factor no indica la existencia de riesgo social, sino la coexistencia de varios factores en un caso social.

#### Factores de riesgo social en el menor

- Enfermedad psíquica del padre o de la madre.
- Discapacidad intelectual de la madre.
- Antecedentes de maltrato de los padres.
- Patología crónica grave y/o discapacidad del menor.
- Dependencia al alcohol y/u otras drogas de los padres.
- Madre y/o padre adolescentes.
- Aislamiento social.
- Dificultades familiares: conflictividad, disfunción familiar y/o monoparental sin apoyo.
- Marginalidad, prisión, desempleo reiterado, carencia de vivienda, mendicidad, inmigración, etc.

- Ausencia continua de los padres.

Fuente: Programa de salud infantil. Servicio Canario de Salud

En el sistema sanitario español no se ha elaborado aún un modelo estandarizado de valoración social para los menores. No ocurre así en otros países, como en el Reino Unido, donde una investigación oficial posterior a la muerte de la menor Victoria Climbié en el año 2000 –el que se consideró el caso más grave de maltrato ocurrido en la historia de ese país–, condujo a la articulación de un marco integral de atención a los menores<sup>9</sup> y sus familias, en el que se estableció un modelo común de valoración para todos los organismos competentes en el área del menor. Según este documento, las características de la valoración social a menores serían las siguientes:

- Se centra en el menor.
- Se fundamenta en las teorías de desarrollo del niño.
- Con un enfoque ecológico.
- Que asegure la igualdad de oportunidades.
- Que tenga en cuenta al menor y a la familia en el proceso.
- Se construye sobre las fortalezas, pero identificando las dificultades.
- Que incorpore el trabajo intersectorial.
- Que tenga en cuenta que la valoración es un proceso y no un hecho.
- Que esta valoración sea llevada a cabo por varias instituciones o servicios.
- Se cimienta en la práctica basada en la evidencia.

Por otro lado, una investigación del Ministerio de Sanidad, Educación y Empleo del Gobierno británico<sup>10</sup> especificó cuáles eran las demandas que los jóvenes hacían a sus trabajadores sociales en la valoración:

- Que los escuche.
- Que el profesional sea accesible y esté siempre disponible.
- Que el profesional no le juzgue y que no sea directivo.
- Que el profesional tenga sentido del humor.
- Que hable de una manera directa.
- Que sea posible confiar en el profesional y que se garantice la confidencialidad.

Sí hablamos de la desprotección infantil<sup>11</sup> debemos ser conscientes de la magnitud del problema del maltrato infantil, cuyo origen es multicausal. La mortalidad y la morbilidad infantil derivadas de este maltrato son similares a las del cáncer o a las de los accidentes; sus secuelas suelen afectar a las personas en lo físico, lo psicológico y lo social. En la siguiente figura se aportan datos sobre la incidencia de esta problemática social.

#### **Magnitud del maltrato infantil en España**

- 1) Incidencia anual: 1 caso por cada 2.500 niños.
- 2) Prevalencia real: se desconoce.
- 3) Prevalencia estimada: sólo se detecta entre el 10% y el 20% del maltrato existente.
- 4) Casos que requieren atención médica: 25 casos por 100.000 habitantes.

<sup>(9)</sup> *Framework for assessment of children in need and their families* (2000). Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office.

#### **Referencia bibliográfica**

*The Victoria Climbié Inquiry Report* (2003) [documento en línea]. Londres: House of Commons. Health Committee. [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2009].

<sup>(10)</sup> Parker, J.; Bradley, G. (2003). *Social Work Practice. Assessment, planning, intervention and review*. Learning Matters Ltd.

<sup>(11)</sup> *Programa de Salud Infantil* (2003). Servicio Canario de Salud. (págs. 209-210)

- 5) Es la segunda causa de muerte en los primeros 5 años de vida (excluido el periodo perinatal).
- 6) El maltrato se triplicó en España en el periodo 1997-2001 (JANO 2004).
- 7) Las niñas sufren más abusos sexuales que los niños.
- 8) Es 15 veces más frecuente en familias en las que al menos un progenitor ha sufrido maltrato en la infancia.

Fuente: Servicio Canario de Salud.

El abordaje de esta problemática, ya sea porque nos hallamos ante una sospecha o porque se trate de una evidencia, tiene como objetivo principal la protección del menor mediante la activación de las medidas establecidas por la legislación autonómica, normativa interna del servicio de salud correspondiente o según lo determinado en los programas y protocolos de cada comunidad autónoma. En cualquier caso, se debe acometer el trabajo con el niño y su familia; tengamos en cuenta las aportaciones de la teoría de los sistemas al concepto de familia independientemente de cuál sea nuestro enfoque habitual de la práctica profesional. Se trata de minimizar el impacto del maltrato y sus consecuencias, tratar las secuelas y prevenir la repetición de los hechos.

El establecimiento del diagnóstico de maltrato debe efectuarse en el contexto de una valoración interdisciplinar. Los profesionales de la atención primaria podemos, en caso de duda, hacer la pertinente interconsulta al nivel especializado cuando el caso lo requiera, bien al servicio de ginecología o al de salud mental. Ello evitará errores de procedimiento o en el mismo diagnóstico. El abordaje posterior y el seguimiento requieren también una concepción de trabajo en equipo.

A continuación se ofrecen una serie de indicaciones ante la posible observación de lesiones sugestivas de maltrato físico<sup>12</sup>. Como trabajadores sociales sanitarios deberéis estar alerta si las detectáis en la consulta o en el transcurso de una visita domiciliaria o a un centro. La valoración y diagnóstico corresponde a un médico.

<sup>(12)</sup>Rycus, J. S.; Hughes, R. C., (2009)

Para la precisa identificación de una lesión por maltrato es necesario diferenciar esas heridas de las que son producto de los típicos accidentes de la infancia. Los criterios generales, según Rycus y Hughes, serían los siguientes:

- Localización de la lesión en el cuerpo del niño.
- La forma y la apariencia de las marcas o la existencia de otras heridas.
- La presencia de múltiples heridas con diferentes estadios de curación sugieren un daño reiterado.
- Prestar atención a la historia de cómo se produjo la herida, si existe lógica en el relato del cuidador en relación con la edad del menor y su nivel de desarrollo.

#### Referencia bibliográfica

J. S. Rycus; R. C. Hughes (2009) "Recognizing indicators of child maltreatment". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

La localización de heridas en el cuerpo es normal en partes óseas:

- rodillas,
- espinillas,
- codo,
- antebrazo,
- mentón,
- frente.

Habitualmente son circulares y su patrón es anodino. Las lesiones que son consecuencia de un abuso suelen estar localizadas en las partes blandas del cuerpo, es decir en zonas no expuestas o relativamente protegidas:

- mejillas,
- lóbulo de la oreja,
- labio superior,
- cuello,
- partes blandas de los huesos,
- nalgas y genitales,
- pared abdominal,

Sigamos a Rycus y Hughes en el reconocimiento de indicadores de maltrato:

- Las magulladuras en las nalgas, en la parte trasera de los muslos y en la parte superior e inferior de la espalda pueden ser ocasionadas por azotes efectuados con tal fuerza que rompen los vasos sanguíneos.
- Los hematomas lineales de dos a cinco centímetros de anchura sugieren golpes producidos por un cinto o correa. A veces puede verse la forma de un ojal o hebilla del cinturón dentro del hematoma.
- Las contusiones en el interior o exterior de los labios de un bebé o un niño, o un desgarro en el suelo de la boca son causados a menudo por la introducción brusca de un biberón o chupete.
- Los niños no pueden autoinfligirse heridas en la boca hasta que pueden sentarse de manera independiente y caer hacia delante, mordiendo el interior de los labios con sus propios dientes.
- Las mordeduras en niños ocasionadas por otros humanos presentan marcas características en forma de media luna y se encuentran alineadas. Midiendo la distancia entre los dientes caninos puede determinarse si la mordedura fue hecha por otro niño o por un adulto.

- Las contusiones y otras lesiones en los genitales y en el interior de los muslos son causadas, casi siempre, en respuesta a incidentes en el transcurso del baño o durante el abuso sexual.
- Marcas de dientes en los genitales sugieren abuso sexual.
- Las heridas punzantes en los genitales rara vez son ocasionadas por accidentes.
- Un surco profundo en el pene puede ser causado por la repetida presión de una cadena, a menudo para evitar que el niño moje la cama.
- Cicatrices y hematomas múltiples, en diferentes zonas del cuerpo, en varios estadios de curación son un rasgo de abuso físico y sugieren un maltrato continuado. La edad del hematoma puede determinarse por su color, el cual va cambiando a medida que va sanando.
- Muchos tipos de quemaduras son características de heridas por maltrato. Las más comunes son por cigarrillos. Éstas suelen ser circulares, de tamaño coherente y pueden variar desde la ampolla a la llaga profunda, según el tiempo que el cigarrillo haya estado en contacto con la piel.
- Las quemaduras en las manos pueden ser un castigo por chuparse el dedo.
- Las quemaduras deben de ser diferenciadas del impétigo, una enfermedad de la piel causada por una bacteria. Ocasiona úlceras de tamaño variado que forman costras y exudados que aumentan con el tiempo.
- Las quemaduras por contacto pueden ser el resultado de forzar al niño a tocar un objeto caliente, como una plancha, un radiador, una estufa o un cuchillo. Suelen dejar la forma del objeto con que fueron hechas. Las quemaduras en las manos suelen sugerir abuso porque, si se tratase de un contacto accidental, los niños instintivamente quitan las manos al contacto con una fuente de calor. Las que son producto de una inmersión en agua caliente suelen tener forma de guante o calcetín (en pie, tobillos, mano o muñecas). Tienen una línea de demarcación regular y una característica ausencia de salpicaduras. Hay que distinguirlas de una enfermedad denominada el síndrome de la piel escaldada, causada por una bacteria, el *staphylococcus*.
- En el caso de las lesiones en la cabeza, las fracturas complejas y múltiples incrementan la probabilidad de que hayan sido infligidas; las lesiones de tal severidad casi nunca son el resultado de un accidente doméstico. Las consecuencias pueden ser muy graves, como ceguera, parálisis cerebral y muerte. En general no pueden detectarse a simple vista mediante una ins-

pección ocular. Sus síntomas incluyen vómitos, irritabilidad crónica, disminución de la conciencia, dificultad respiratoria, convulsiones, etc.

Recordad que como trabajadores sociales sanitarios deberéis tener unos conocimientos de medicina superiores a los de la población en general. Esto es porque tenemos que componer el diagnóstico social sanitario mediante la integración del diagnóstico social y el médico, aunque este último corresponde al personal facultativo. La enumeración y explicación de determinadas lesiones físicas sugestivas de un posible maltrato se muestra con el objetivo de incrementar nuestros conocimientos médicos. Tened siempre presente que diagnosticarlas corresponde a un médico.

### 3.3. La valoración psicosocial a las personas mayores

Si bien en el caso de los menores existe un acuerdo en torno a las personas que pueden considerarse como tales, atendiendo al criterio de la edad, no ocurre lo mismo con los mayores. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) señala al respecto:

"Resulta imposible dar una definición única de persona mayor que pudiera aplicarse uniformemente o que fuera útil en todos los casos".

*Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria* (2002, febrero). (2.ª ed., pág. 7). OMS / Servicio Canario de Salud.

La cuestión estriba en que este calificativo se otorga en función de características biológicas, culturales y sociales que difieren según nos encontremos en una u otra región del planeta. En nuestro entorno se suele juzgar válido otorgar este calificativo a toda persona a partir del cumplimiento de la edad de 65 años, coincidiendo con la etapa de la jubilación forzosa.

Independientemente de las formas organizativas que adopte el centro de salud donde trabajamos, es conveniente prestar atención a una serie de elementos que entran en juego a la hora de aplicar la valoración psicosocial a una persona mayor.

En primer lugar, muchas personas mayores disponen de un notable grado de dependencia funcional y psíquica hasta edades bastante avanzadas; ello se debe al alto grado de longevidad de la población española (entre las más altas del mundo, en el caso de las mujeres) y a un importante nivel de vida que sitúa a nuestro país en los primeros puestos del Índice de Desarrollo Humano de la ONU<sup>13</sup>.

<sup>(13)</sup> *Informe sobre desarrollo humano* (2009) [documento en línea]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Nueva York. [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2009].

Adultos mayores con la misma edad cronológica pueden estar lidiando con asuntos diferentes. Por ejemplo, pueden estar empezando una carrera universitaria, cuidando de los nietos o incluso tener hijos en edad universitaria. También puede ser que estén trabajando, máxime teniendo en cuenta las modificaciones legislativas reguladoras de la edad de jubilación.

Las personas envejecen en un contexto cultural y social determinado. Mientras algunas culturas otorgan un alto estatus social a las personas mayores, en otras es la juventud el valor social dominante. Esta característica contribuye al edaísmo. El edaísmo, internalizado por los propios mayores, puede afectar a su autoestima y poner límites a aquello que se considera una conducta apropiada. Por ejemplo, iniciar una relación de pareja a una edad avanzada o llevar un estilo de ropa o peinado.

Estos estereotipos pueden darse también en los propios profesionales sanitarios, lo cual puede traducirse en:

- Actitudes paternalistas.
- Subestimar la ocurrencia de problemas como la depresión.

Como trabajadores sociales sanitarios debemos tener presente si la persona mayor es totalmente independiente o si presenta a algún tipo de dependencia física o psíquica.

En función de ello, clasificaremos esta contingencia en dos grandes tipologías<sup>14</sup>:

- Persona mayor sin riesgo: como aquélla que no presenta unos indicadores de riesgo previamente definidos.
- Persona mayor de riesgo: sería aquella persona con edad igual o superior a 65 años en situación de vulnerabilidad por sus condiciones físicas, mentales, funcionales o sociales, que la predisponen a un alto grado de dependencia.

La OMS estableció en 1987 los criterios a tener en cuenta para considerar a una persona mayor de riesgo. Para determinar la existencia de una situación de riesgo es necesario que estén presentes al menos dos de los siguientes criterios<sup>15</sup> (observa que la relación incluye criterios sanitarios y sociales):

- Edad igual o mayor a 80 años.
- Vivir solo.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio reciente de domicilio (inferior a 1 año).
- Polimedicación (4 o más fármacos).
- Afección crónica invalidante (física o psíquica):

<sup>(14)</sup> *Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria* (2.ª ed., febrero de 2002) (pág. 7). Servicio Canario de Salud.

<sup>(15)</sup> *Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria* (2.ª ed., febrero de 2002) (págs. 7-8). Servicio Canario de Salud.

- ACV con secuelas.
  - IAM o ICC reciente (inferior a 6 meses).
  - Enfermedad de Parkinson.
  - EPOC.
  - Enfermedad osteoarticular.
  - Caídas recurrentes.
  - Déficit visual severo.
  - Hipoacusia severa.
  - Demencia.
  - Depresión.
  - Enfermedad terminal.
- Problemática social con incidencia sobre la salud:
    - Situación económica precaria.
    - Aislamiento geográfico extremo.
    - Ausencia de personas de apoyo (familia, amigos, vecinos) con necesidad de ellas.

La presencia de un diagnóstico de demencia o de enfermedad terminal justifica por sí mismo la consideración de persona mayor de riesgo.

En la valoración psicosocial a la persona mayor de riesgo es relevante considerar los siguientes aspectos:

**a)** El sector de población mayor es el más común en trabajo social en atención primaria. Es importante conectar con la persona, escuchando su historia a través de sus vidas, valorando la resiliencia y sus capacidades, desde el enfoque de las fortalezas. Este enfoque, como hemos visto, minimiza la posibilidad de crear dependencia del profesional y protege a nuestro cliente del daño a su autoestima. Debemos estar alerta ante nuestros propios prejuicios y ante las diferencias culturales entre nosotros y nuestro cliente. El centro de la atención debe colocarse en la persona y su entorno. No olvidar que el trabajo social es también un arte, por lo que muchas veces deberemos desarrollar la creatividad para poder ayudar a nuestro cliente y encontrar recursos. Esto cobra una vital importancia si tenemos en cuenta el proceso de adelgazamiento que está experimentando en los últimos años el sistema de protección social.

**b)** Recordad que más que una búsqueda de problemas, es necesario establecer un diálogo con nuestro cliente o paciente; ello ayudará a un mejor establecimiento de la relación de ayuda y al trabajo desde el enfoque de las fortalezas. Esto significa que no es el trabajador social el que tiene la obligación de resolver el problema, sino que es el que ayuda a la persona a generar sus propias alternativas.

c) Asimismo, trabajar con población mayor implica que debemos evitar las prácticas paternalistas, eludiendo expresamente coaligarnos con otros miembros de la familia o profesionales para "obligar" a las personas mayores a tomar decisiones que afecten a sus vidas o incluso sin ni siquiera llegar a consultarles.

d) La **situación familiar**. Adquiere importancia si la persona vive sola o con su familia de origen u otros familiares. Las personas que viven solas presentan una mayor vulnerabilidad a la enfermedad y a la dependencia. Conviene conocer cómo son las relaciones entre sus miembros, la relación entre la persona mayor y sus convivientes, la existencia o no de conflictos graves. La elaboración del genograma y del familiograma nos dará una mejor perspectiva de las interacciones familiares. Es importante la valoración del apoyo social que pueden aportar estos familiares por su importante contribución a la calidad de vida y al bienestar de la persona mayor. El apoyo social según la definición de Lin y otros (1986) "trata de las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas aportadas por la comunidad, redes sociales o amigos íntimos". Para Thoits (1982) "es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación". Distinguimos las variantes:

- **Apoyo emocional.** Se trata de conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y que llevan al sujeto a creer que es admirado, respetado y amado, y que hay personas disponibles para proporcionarle cariño y seguridad.
- **Apoyo material/instrumental.** Acciones o materiales proporcionados por otras personas que permiten cumplir las responsabilidades cotidianas o que ayudan a resolver problemas prácticos.
- **Apoyo informacional.** Proceso a través del cual las personas reciben información, consejo y guía, que les ayuda a comprender su mundo y/o a ajustarse a los cambios que existen en él.

Pero es igualmente relevante indagar sobre el apoyo social percibido por el propio anciano, pues en la práctica no siempre encontramos una coincidencia entre el apoyo real y el apoyo social percibido, en ambos casos están demostrados sus efectos sobre el bienestar ante la amenaza de acontecimientos vitales estresantes (Barrón y Chacón, 1992). Cabe valorar el **apoyo social** en sus dos vertientes; el apoyo informal y el apoyo formal:

- El **apoyo informal** es el suministrado por las redes informales: familia, amigos, vecinos. Evaluar el tamaño, la densidad y la dispersión de la red. Identificar a los miembros de la red informal que ejerce el rol del cuidador, registrando a la/s persona/s que realice/n el papel de cuidador/es principal/es y al cuidador responsable. Estas funciones pueden recaer en una única persona. También se debe indagar sobre las tareas que realicen con

### Referencias bibliográficas

- A. Barrón; F. Chacón (1992). "Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes". *Aprendizaje. Revista de Psicología Social* (vol. 1, núm. 7, pág. 53-59).
- P. A. Thoits (1982). "Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress". *Journal of Health Social Behavior* (núm. 2, pág. 145-159).

relación a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y a las instrumentales (AIVD). Contrastar la información facilitada por los cuidadores con el resultado de la valoración de la dependencia para las ABVD (ver escalas de valoración recomendadas: índice de Katz y escala de Lawton y Brody). Asimismo, examinar y contraponer los datos aportados por los miembros de la red con el resultado de la escala de valoración de la dependencia para las AIVD (ved escala de valoración recomendada: índice de Barthel). Es frecuente que los cuidadores tiendan a describir un rol en el que proporcionan más apoyo que el que la persona necesita al no precisar si se apoya en una tarea de manera directa o lo que se realiza es una supervisión de la misma. La valoración del cuidador debe dirigirse en primer lugar a recabar datos sobre las ABVD en las que presta apoyo:

1. baño
2. vestido
3. movilidad
4. uso del retrete
5. control de esfínteres
6. alimentación.

En lo que respecta a las AIVD, comprende:

1. uso del teléfono
2. manejo de asuntos económicos
3. responsabilidad en la medicación
4. cuidado de la casa
5. lavado de la ropa
6. hacer las compras
7. preparar las comidas, etc.

En el caso del cuidador principal hay que estar atentos ante las manifestaciones verbales sobre sentimientos de sobrecarga con el fin de prevenir una posible claudicación en los cuidados (ver escalas de valoración recomendadas: Índice de esfuerzo del cuidador y Cuestionario de Zarit: entrevista sobre la carga del cuidador).

- El **apoyo formal** es el proporcionado por los sistemas de protección. Por ejemplo, un servicio de ayuda a domicilio provisto por los servicios sociales municipales.

e) La **situación de la vivienda**. Valorad si ésta dispone de servicios básicos según la zona de residencia, no es lo mismo carecer de calefacción en zonas de alta montaña o el norte del país que en las islas Canarias. La presencia de barreras arquitectónicas deberá detectarse de manera inmediata, por si procede acometer alguna reforma de la vivienda antes de que progrese la dependencia: desniveles en el piso o puertas estrechas dificultarán el uso de una silla de ruedas; muchas viviendas antiguas carecen de ascensor, lo que, a la larga, puede conducir al confinamiento de la persona mayor y al aislamiento social; el baño es una de las zonas más sensibles de la vivienda en relación con los perjuicios que se derivan de la existencia de barreras, ya que atañe al confort personal. Otro aspecto a valorar es la ubicación de la vivienda: si se encuentra

(16) La recogida de este dato se realiza en la fase de valoración social. Es en el diagnóstico social donde consignamos si hay o no hacinamiento.

en un entorno urbano o rural; observad cómo se disponen en el barrio los servicios como la farmacia, el centro de salud, el acceso al transporte público o a actividades de ocio, como cines, teatros, centros cívicos o deportivos, etc. Es conveniente estar al día en los avances relacionados con las ayudas técnicas que supongan una mejora de la calidad de vida de las personas mayores. No se puede indicar un recurso que no se conoce. Recordemos la fórmula para determinar si hay hacinamiento<sup>16</sup>. Para ello, debéis dividir los metros cuadrados de la vivienda por el número de sus habitantes.

$$\text{Hacinamiento} = \frac{\text{m}^2}{\text{Número de habitantes}}$$

$$\text{Si el resultado es: } \begin{cases} \leq 12 - 6 \text{ m} & \Rightarrow \text{Hacinamiento moderado} \\ < 6 \text{ m} & \Rightarrow \text{Hacinamiento} \end{cases}$$

f) **La situación psíquica de la persona mayor.** Es un punto controvertido en la práctica profesional con mayores. Se observa una tendencia cada vez más generalizada a tratar de forma paternalista a las personas mayores; esto no sólo ocurre con los familiares, sino que se da incluso entre los profesionales. Ello conlleva la tendencia a considerar que la persona es incapaz en razón de su vulnerabilidad física. Es habitual recibir en la consulta demandas de familiares y otros profesionales que implican a la persona mayor sin su consentimiento o conocimiento. Ante un hecho de estas características debemos recabar la opinión del mayor, siempre que su estado mental así lo permita. Si esto no es posible hay que prever la posibilidad de que se esté cometiendo un abuso. Recordad lo que se señalaba al principio del apartado en relación con las consideraciones éticas recogidas en el código de deontología de la profesión.

g) Tener en cuenta las **creencias espirituales y/o religiosas**. Muchos autores señalan la necesidad de incorporar de manera habitual la valoración de este aspecto en nuestra práctica habitual. Esta cuestión es más ineludible, si cabe, cuando tratamos con personas mayores cuyo ciclo vital se acerca a su fin. La espiritualidad está presente en todos los seres humanos, incluso en aquéllos que no están adscritos a ningún credo religioso o se consideran a sí mismas como agnósticas. En términos de bienestar, los estudios muestran una correlación entre espiritualidad y crecimiento personal, creatividad, construcción del pensamiento y sabiduría. Los estudios también indican la relación entre algún grado de espiritualidad de las personas y la resiliencia. Es importante indagar en este aspecto cuando exploramos las fortalezas con las que cuenta la persona para hacer frente a situaciones adversas. También la religiosidad es importante entre las generaciones de personas mayores. En estos grupos de edad contribuye a las relaciones con los otros, a la implicación en tareas comunitarias y a la generación de redes de apoyo social informal. Sin embargo, en el caso de los ancianos, no debemos de dar por sentado que son religiosos o que están adscritos a un determinado conjunto de creencias sólo por el hecho de que éstas se presenten de manera mayoritaria en esa franja de edad. Un ejemplo de ello, fue el caso de una anciana de ochenta años justamente indignada con un profesional sanitario que se había empeñado en ponerle un servicio de com-

pañía a domicilio. Tal servicio consistía en la visita de una monja con la que pudiera conversar ya que la anciana le había manifestado a la enfermera que no acudía a la iglesia cercana. Una escucha atenta a las verdaderas creencias y deseos de la anciana hubiera detectado que el motivo de su alejamiento de la iglesia católica del pueblo era una real desafección hacia esa religión.

Una de las situaciones más complejas de atención en el ámbito de la atención primaria se da a partir de la recepción de una demanda de actuación ante una posible situación de abandono. Frecuentemente, la demanda se establece con cierta "urgencia" por parte de profesionales sanitarios, familiares, vecinos, etc.

Entre las características de esta demanda, aparte de la urgencia con la que se pide la resolución, se encuentra la "presión" que suelen ejercer otros niveles asistenciales, como los centros de especialidades y los hospitales. Rara vez se presenta exenta de connotaciones subjetivas, ideológicas y de edaísmo.

Es imprescindible realizar un análisis exhaustivo y sosegado de la demanda teniendo en cuenta estos factores, ya que podría tratarse de un abandono, pero también de un problema de otras personas, de otros profesionales, instituciones, etc. Ello es atribuible igualmente a cualquier demanda que se pueda recibir como trabajador social sanitario. En el caso de mayores, la situación de abandono está relacionada con la dependencia; por otro lado, no podemos hablar de abandono sin hablar de malos tratos.

Debemos atender a un mismo concepto de abandono si se trata de realizar una valoración del mismo. Los trabajadores sociales sanitarios de atención primaria del Servicio Canario de Salud han articulado la siguiente definición de abandono tras una revisión bibliográfica:

"El abandono es la situación en la que se encuentra una persona que en razón de sus condiciones personales, familiares y de su entorno resulta dependiente en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no tiene cubiertas sus necesidades básicas, con independencia de cuál o cuáles sean las causas de tal situación".

C. Abreu; L. Damas; D. Herrera; J. Mesa; P. Pérez; J. Teixidor (2006, noviembre). *Actuación ante las situaciones de abandono*. Servicio Canario de Salud. Documento inédito.

Una vez se ha constatado la sospecha de abandono, se han de considerar algunas estrategias básicas que nos permitirán incorporar en el proceso de intervención los objetivos, las actividades y las tareas que faciliten la respuesta que precise cada situación en particular. Éstas estrategias son las siguientes:

- a) La coordinación entre todos los profesionales implicados como forma de garantizar el abordaje integral.
- b) El establecimiento de una relación terapéutica que permita la intervención de todos los profesionales implicados para lo que debemos evitar explícitamente, la culpabilización de las familias.

c) La potenciación de la acción terapéutica interdisciplinar.

d) La generación y utilización de recursos y alternativas que eviten el uso de la vía judicial para que ésta sea utilizada en situaciones excepcionales.

e) La intervención social como proceso. (En estas situaciones, una respuesta inmediata no siempre es la mejor respuesta).

f) La actuación ante una situación de abandono de una persona mayor debe ser secuenciada en los siguientes pasos:

- Proceder a la valoración interdisciplinar; al trabajador social sanitario le corresponde la valoración psicosocial.
- En el caso que se detecte un peligro inminente para la integridad física de la persona (y sólo en ese caso) se procederá al ingreso hospitalario y a la comunicación de la situación a la autoridad competente. Se coordinará el alta con el servicio de trabajo social sanitario hospitalario.
- Si el anciano no se encuentra en una situación que comprometa su integridad física es importante conocer si acepta la ayuda que podamos ofrecerle. (Hay que descartar la existencia de un síndrome de Diógenes, en el que las personas afectadas no suelen aceptar la ayuda social o sólo la aceptan parcialmente).
- Es necesario verificar la existencia de deterioro cognitivo, lo cual nos conduce a estudiar la posibilidad de la incapacitación legal, total o parcial. La incapacitación legal de una persona se lleva a cabo con el fin de articular medidas de protección, si bien en algunos casos puede dar lugar a abusos (intereses económicos de sus parientes o allegados, etc.). Como trabajadores sociales sanitarios debemos promover esta medida con la máxima cautela posible y una vez descartados intereses espurios en las personas relacionadas con el mayor. Los trabajadores sociales sanitarios somos confrontados a menudo con la difícil dicotomía de la independencia frente a la dependencia, el riesgo frente a la seguridad, y la calidad de vida frente a la cantidad de vida (Soares, Rose y Feiger, 2011). Ello se hace más evidente cuando trabajamos con personas afectadas por la demencia o porque están haciendo una negación. En el primero de los casos, puede ser de utilidad realizar una interconsulta con el neurólogo, aprovechando las visitas de seguimiento que realizan los pacientes a este especialista si tratamos de dilucidar el grado de autonomía que aún conserva a efectos de determinar si esta no está totalmente mermada y permite la toma de decisiones. Como guía orientativa, consultad la puntuación obtenida por el paciente en la Escala de deterioro global de Reisberg (GDS). A partir de un GDS 6 se podría considerar el inicio de la incapacitación legal, si fuera necesaria.

#### Referencia bibliográfica

H. H. Soares; M. Rose; R. Feiger (2011). "Clinical Practice with older Adults. Theory & practice in clinical social work". *Sage Publications, Inc.* (pág. 407-434).

### 3.4. El establecimiento del diagnóstico social sanitario

Una vez culminada la fase de la valoración psicosocial –en la que hemos visto que entran en juego ambas consideraciones del trabajo social, como ciencia y como arte–, el siguiente paso metodológico es el diagnóstico social sanitario.

Cuando damos este paso integramos el diagnóstico social y el diagnóstico médico, lo que da lugar al diagnóstico social sanitario, elemento distintivo del trabajo social que se realiza en las instituciones sanitarias y sociosanitarias.

En este momento, deberéis hacer uso de los conocimientos teóricos adquiridos en la primera parte del posgrado, teniendo en consideración que todo diagnóstico engloba lo individual de cada caso.

Consiste en la comprensión de la situación del paciente en sus aspectos internos y externos e implica reflexionar y valorar sobre los tres elementos interrelacionados: la persona, el problema y la situación, para establecer las hipótesis de intervención. El proceso de diagnóstico se da de forma simultánea con la intervención, siendo incluso parte de ella (Abreu y otros, 2004).

Incluye: identificar los problemas sociales y factores de riesgo social; relacionar los factores causales; priorizar las actuaciones; pronóstico.

Hay que tener en cuenta que en el diagnóstico social no podemos repetir o reproducir nuevamente los mismos datos recogidos en la fase de valoración, sino el resultado de la integración de estos. Por ejemplo:

#### Ejemplo

##### Fase de valoración:

Adulta de 83 años afectada de demencia, probablemente del tipo Alzheimer, en estadio moderado severo GDS 5. Perceptora de pensión por viudedad con una cuantía mensual de 601,80 €, los cuales constituyen sus únicos ingresos económicos. Vive sola.

Es beneficiaria del servicio de ayuda a domicilio 2 horas al día para apoyo en el aseo personal, y limpieza de la vivienda y de la ropa y las compras. Sus 3 hijas apoyan económicamente su asistencia a un centro de día, no adecuado para la patología que presenta. Dado el aumento de la necesidad de cuidados debido al avance de la enfermedad, les han dicho que tiene que abandonar el centro de día. Sus hijas acuden a la consulta porque no saben qué hacer. Se plantean contratar a una empleada de hogar por las noches y solicitar una residencia de mayores pública.

##### Diagnóstico social sanitario:

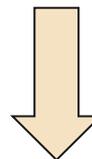
#### Diagnóstico social sanitario

¡Incorrecto!\*

Adulta mayor con demencia, perceptora de una pensión con una cuantía de 601,80 €. Vive sola. Tiene un servicio de ayuda a domicilio para el aseo personal y la limpieza de la vivienda. Sus hijas le apoyan económicamente y están preocupadas por el futuro.

¡Correcto!

Valoración social sanitaria



Diagnóstico social sanitario

#### Referencia bibliográfica

M. C. Abreu; Armas; E. García; A. Gil; C. Hernández; M. C. Jiménez; L. Saavedra (2004). *Documento Marco: Rol profesional de trabajo social en atención primaria de salud*. Servicio Canario de Salud.

\* Este diagnóstico repite los datos recabados en el estudio

### Diagnóstico social sanitario

Persona mayor de riesgo que presenta enfermedad degenerativa altamente incapacitante. Cuenta con ingresos económicos propios que le permiten la cobertura de las necesidades básicas, pero resultan insuficientes para sufragar los gastos derivados de la enfermedad. Independiente para la realización de las ABVD excepto para el aseo. Dependiente para las AIVD. Cuenta con apoyo social de la red informal que se caracteriza por el parentesco. Esta red provee apoyo emocional y material (apoyo económico). Asimismo, dispone de apoyo formal en alguna de las necesidades de la vida diaria y para las instrumentales. Está haciendo uso de un recurso no adecuado a las necesidades actuales, por lo que deberá producirse una modificación en el plan de atención. Se prevé la progresión hacia la gran dependencia, por lo que requerirá la presencia de un cuidador las 24 horas del día. Se constata que los miembros del grupo familiar tienen capacidad para la búsqueda de alternativas y un conocimiento suficiente del sistema de protección social. Se hace necesario recabar más datos sobre el grado de apoyo material que pueden prestar. Añadido a estas circunstancias, la atención residencial es un recurso efectivo en las fases avanzadas de las demencias para garantizar los cuidados y la seguridad física, esto último teniendo en cuenta que vive sola.

\* Este diagnóstico repite los datos recabados en el estudio

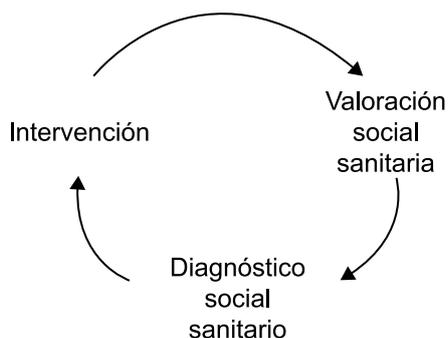
### 3.5. La intervención

A continuación describimos algunas de las intervenciones más comunes de los trabajadores sociales sanitarios del ámbito de la atención primaria, aunque muchas de ellas son extrapolables al nivel especializado. Para ello seguiremos la clasificación establecida por la trabajadora social británica Pamela Trevithick quien al respecto dice lo siguiente:

"No hay soluciones fáciles en el trabajo social, sobre todo cuando nos enfrentamos diariamente a la opresión y a privaciones".

Pamela Trevithick (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social* (pág. 175). Madrid: Editorial Narcea S. A.

Unidas íntimamente a la dificultad de las soluciones encontramos las limitaciones de los trabajadores sociales en dar nombre a aquello que hacemos con los clientes. No existe una homogeneidad en el lenguaje profesional, lo que representa una de las asignaturas pendientes de la profesión y supone un obstáculo para su conocimiento. La intervención es la fase siguiente a la del diagnóstico social sanitario, aunque hemos constatado que el proceso de valoración es dinámico, de tal manera que vamos valorando e "interviniendo" a la vez en el caso tal y como se representa en la siguiente figura:



De la multiplicidad de intervenciones destacaremos las siguientes:

- **Suministrar información.** Es una de las actividades más reconocibles. Pero el trabajador social sanitario no proporciona información en la medida que lo hace el servicio de atención al usuario. Hablamos de información que puede conducir a la toma de decisiones (una separación matrimonial, el abandono de la actividad laboral) y a la resolución de problemas. En algunos casos debe graduarse de manera conveniente. Por ejemplo, en el caso de un cliente al que se le acaba de comunicar que tiene una enfermedad terminal y en la valoración psicosocial detectáis que se haya en una fase de negación de la enfermedad, *¿creéis que es conveniente informarle de los trámites de la incapacidad laboral?*
- No es adecuado abrumar al cliente con un exceso de información ya que la ansiedad, el miedo o un cúmulo de situaciones estresantes pueden disminuir la capacidad de las personas para prestar atención a la información que se le está dando, como es el caso de los cuidadores.
- Dar explicaciones a un cliente es muchas veces una forma de contrarrestar los efectos de una mala información previa. Con frecuencia los clientes acuden con una información sesgada o distorsionada de sus derechos, sus obligaciones o sobre el uso de los servicios cuando realizan demandas desproporcionadas al sistema sanitario.
- Dar ánimo y seguridad en situaciones en las que el cliente debe afrontar o esté afrontando una situación difícil. Es aconsejable en situaciones en las que se detecte una baja autoestima o inseguridad. Algunos autores señalan que esta intervención no está exenta de controversia pues puede interpretarse como una forma de intentar dirigir la vida del cliente en uno u otro sentido.
- Tranquilizar es una intervención dirigida a reducir el nivel de ansiedad ante una determinada situación. Ello puede lograrse indirectamente mediante el trato respetuoso con el cliente, una predisposición para la escucha o el tono de voz. Directamente si realizamos preguntas como *¿en qué cree que puedo serle útil?*, etc.
- Prestar asistencia práctica y material es una de las intervenciones más habituales y reconocidas como propias del trabajador social. Algunos estudios destacan la valoración positiva realizada por los clientes del trabajo social sobre el hecho de que se le preste asistencia. Cumplimentar una solicitud, efectuar una reclamación, facilitar el acceso a la farmacia gratuita, obtener una plaza en un centro sociosanitario, intervenir para que un cliente salga de una lista de espera son actividades que corresponden al marco del trabajo social sanitario. El trámite de prestaciones y ayudas sociales (asistencia material) destinadas a la cobertura de las necesidades básicas no guarda relación con la misión de las instituciones sanitarias: es

una competencia de los trabajadores sociales y de otras instancias. Es conveniente que el cliente, y otros profesionales, perciban la diferencia para evitar que la consulta de trabajo social sanitario sea identificada erróneamente como una delegación de los servicios sociales.

- Prestar apoyo, sobre todo emocional, a aquellos clientes cuya red social es deficitaria o inexistente. En este caso, ser claros en qué tipo de apoyo se ofrece, con qué finalidad y por cuánto tiempo, ya que corremos el riesgo de generar dependencia en nuestro cliente.
- Entrenamiento en habilidades sociales que emplearemos ante la constatación de la existencia de problemas conductuales y para disminuir la ansiedad.
- Recontextualizar es una de las técnicas de la terapia familiar y de la programación neurolingüística. Supone tomar un hecho y situarlo en un contexto diferente. Se indica en especial en personas con baja autoestima.
- Utilizar técnicas de orientación psicológica es una tarea habitual en el trabajo social sanitario. El objetivo es mejorar el funcionamiento social del cliente poniendo el énfasis en la solución de un problema en concreto. En este apartado se enmarca la técnica para la resolución de problemas, la modificación de conductas autodestructivas o inadaptadas, el empoderamiento, etc.
- Contener la ansiedad que suele estar presente en nuestros clientes. La ansiedad es una respuesta emocional generalizada a sentimientos de vergüenza, culpa, preocupación, etc. El abordaje debe ser franco y directo, y hay que pedir al cliente que nos cuente al detalle sus preocupaciones. Mostrar empatía y actitud de escucha. El proceso de comunicación suele ayudar a disminuir el impacto de la ansiedad sobre la vida de las personas.
- Asesoramiento o *counseling*. Se trata de una de las intervenciones centrales del trabajo social sanitario. Conlleva la necesidad de que el trabajador social tenga una base de conocimiento sólida y actualizada. Como mínimo, Trevithick recomienda que estos conocimientos sean detallados en las áreas de leyes, derechos sociales y servicios sociales comunitarios de base.

En el contexto de la psicoterapia podemos considerar la existencia de varios niveles de intervención:

- El apoyo emocional.
- El asesoramiento o *counseling*.
- La psicoterapia reglada facilitada por los profesionales de la psiquiatría y la psicología y por trabajadores sociales debidamente formados para ello.

Esta práctica es habitual entre los trabajadores sociales en países como EE. UU.

En el asesoramiento se busca la identificación del problema presentado por el cliente de una manera clara y precisa y ayudar a encontrar posibles soluciones. Recordad que uno de los valores del trabajo social es propiciar la propia capacidad de las personas para resolver sus problemas y fomentar así su autosuficiencia y su autonomía personal. Se ha de ser cauto en no "dirigir" la vida de nuestros clientes en una determinada dirección, lo cual puede comportar una mayor sensación de indefensión y generar una dependencia hacia el profesional. Trevithick apunta que esta intervención debe efectuarse cuando se haya producido un fracaso en la implementación de otras posibilidades de intervención.

- La priorización, en la práctica clínica con mayores, es frecuentemente la intervención en crisis y el hecho de asistir a las personas ante situaciones complicadas. Ayudar a priorizar los problemas para poder resolverlos es esencial para aliviar la ansiedad del paciente y de su familia (Soares, Rose y Feiger, 2011). Debemos preguntar al cliente qué problema quiere abordar primero.
- El empoderamiento. Ante la pérdida de control sobre sus vidas debemos ayudar a las personas a poder hablar por sí mismas y a hacer respetar sus derechos en lo concerniente a los cuidados (op.cit).
- El replanteamiento (*reframing*) consiste en ayudar al cliente a observar una situación desde diferente perspectiva.
- La reminiscencia (*reminiscence*). En esta técnica el cliente revisa su pasado. Permite a las personas mayores revisar sus vidas desde una perspectiva más amplia.

Existen otras habilidades para la práctica igualmente importantes para la intervención, como son la capacidad de saber redactar un escrito y elaborar un informe social sanitario exhaustivo. La redacción adecuada de un texto es relevante en la defensa del cliente, por ejemplo para efectuar una reclamación. El informe social sanitario es útil, en la mayoría de los casos, para que el cliente obtenga un recurso que le es muy necesario.

#### Referencia bibliográfica

H. H. Soares; M. Rose; R. Feiger (2011). "Clinical Practice with older Adults. Theory& practice in clinical social work". *Sage Publications, Inc.* (pág. 407-434).

## 4. La investigación

En la formación de pregrado de Trabajo Social se reconoce la importancia de la investigación para la disciplina, aunque el énfasis es mayor en la enseñanza de la práctica de la profesión. Ello puede llevar a los trabajadores sociales a considerar la investigación como una entidad menor. De hecho, la investigación en trabajo social en general y en el trabajo social sanitario en particular es un campo de escaso desarrollo en nuestro país. En el caso del trabajo social sanitario, rodeado de profesiones con un elevado nivel de desarrollo científico, esta realidad se hace aún más sangrante: es una de las causas del establecimiento de relaciones asimétricas con las mismas, y trae como consecuencia que sean estas profesiones las que se prodiguen en la investigación de los ámbitos de competencia de los trabajadores sociales.

El marco de la atención primaria no es precisamente un entorno favorecedor para la realización de estudios empíricos. En el campo de la medicina la mayoría de los proyectos de investigación están localizados en los grandes hospitales y se vinculan también a las facultades y centros universitarios. Ello se traduce en una mayor dificultad para acometer proyectos de investigación en trabajo social sanitario en el marco de la atención primaria.

Sin embargo, el desarrollo de la especialidad de trabajo social sanitario debe estar cimentado en la generación de conocimiento base que informe a la práctica profesional.

El trabajo social basado en la evidencia se torna una garantía de calidad para los usuarios de los servicios de trabajo social sanitario. Por otro lado, se hace necesario ampliar la capacidad para emprender investigación culturalmente relevante. La competencia cultural es un concepto clave en el trabajo social del siglo XXI, dado que la práctica profesional tiene lugar cada vez más en entornos multiculturales, y determina la necesidad de desarrollar un conjunto de habilidades profesionales que posibiliten la adecuada provisión de servicios a individuos y grupos con diferencias culturales, raciales o étnicas.

En el contexto de la atención primaria, un modelo de atención proactivo basado en la atención a los factores de riesgo, la estandarización de los procesos asistenciales y las demandas, y en un sistema de registro adecuado a la variabilidad de intervenciones en la práctica del trabajo social sanitario, constituye un buen cimiento para el desarrollo del área de investigación. Una deficiencia en los registros dificulta la evaluación de los servicios que ofertamos a los ciudadanos.

En los últimos 15 años, países como EE. UU. han desarrollado una infraestructura para el desarrollo de la investigación<sup>17</sup>, con notables resultados para el trabajo social que se lleva a cabo en establecimientos sanitarios, mediante la creación del Instituto para el Desarrollo de la Investigación en Trabajo Social (IASWR en sus siglas en inglés). En particular, en el campo del trabajo social en salud, el IASWR cuenta entre sus logros la creación, en los años noventa, de ocho centros para la investigación en trabajo social financiados por el NIH (National Institute of Health), más o menos el equivalente al ministerio de sanidad español. Ya en este siglo, el NIH solicitó que se presentaran propuestas para desarrollar proyectos de investigación, lo que ponía de manifiesto el reconocimiento público de la contribución de la práctica del trabajo social a la mejora y a la eficacia de las intervenciones dirigidas a la atención a determinados problemas de salud<sup>18</sup>. Durante el periodo comprendido entre 1993 y el 2007, el NIH ha concedido un total de 621 becas de investigación a trabajadores sociales.

Es de esperar en los próximos años el desarrollo de esta área que deberá constituirse como verdadero motor para el crecimiento de la disciplina y de la especialidad de trabajo social sanitario.

La investigación busca conocer la verdad o al menos acercarnos lo más posible a ella. Ante los problemas que se plantean a nuestros usuarios o ante las dificultades en el ejercicio de la profesión, podemos encontrar preguntas para realizar estudios:

- ¿Es efectivo el centro de día como medida para facilitar el respiro familiar de los cuidadores de enfermos de Alzheimer?
- ¿Cuáles son las reacciones emocionales más comunes de los cuidadores de enfermos con demencia?
- ¿Es efectiva la escala de valoración del apoyo social percibido en personas con trastorno límite de la personalidad?
- ¿Cuántas personas mayores de la zona básica o del área de salud que han solicitado plaza en una residencia fallecen sin llegar a obtener una plaza?

Las preguntas de investigación en atención primaria son amplias, como podéis ver.

<sup>(17)</sup>Zlotnik, J. L.; Solt, B. E. (2008, diciembre) "Developing research infrastructure: The Institute for the advancement of social work research". *Social Work Research* (vol. 32, n.º 4, págs. 201-207). National Association of Social Work.

<sup>(18)</sup>Zlotnik, J. L.; Solt, B. E. (2008), *op. cit.*]

#### Ved también

Este aspecto se desarrolla en otro apartado de la asignatura.

## 5. La docencia

Una cuestión que suele obviarse en la formación de los trabajadores sociales es la enseñanza de técnicas para la comunicación oral y escrita.

El desarrollo académico del trabajo social, con la implantación del título de grado y las posibilidades de realizar maestrías y doctorados, determinan una creciente necesidad de desplegar habilidades para desempeñar actividades científicas, tanto en su versión escrita como en la exposición oral en jornadas, congresos o en las sesiones de formación y docencia dentro de los equipos asistenciales.

Cobra especial relevancia la comunicación inteligente de los conocimientos y la divulgación de los trabajos, si bien hacerse entender no es una tarea fácil.

La comunicación tiene unos aspectos formales que tienen que ver con:

- la voz,
- la dicción,
- el ritmo al hablar o entonar. Por ejemplo, cuando realizamos una exposición oral, hablar de una manera más lenta nos va a servir para que se organicen las ideas en nuestra mente. También podemos utilizar los silencios convenientemente para esta reorganización del pensamiento enfatizando lo que queremos decir. Mirar al ojo izquierdo de las personas del público hará que su cerebro interprete que no le mentimos.

En la comunicación activa existen dos metas en función del objetivo del comunicador o de la persona que pretenda influir en los receptores del mensaje:

- 1) Se trataría de conseguir un comportamiento concreto del receptor de la comunicación.
- 2) Se pretende que a la larga el receptor cambie sus actitudes, persiguiendo, finalmente, el cambio conductual.

Todos utilizamos técnicas cuando queremos influir en otras personas, pudiendo influir sobre:

- las percepciones
- las creencias
- las actitudes
- los comportamientos

Estas técnicas serían, según Cialdini (1995):

**a) El principio de reciprocidad**

Es más fácil convencer de nuestro discurso para que se secunden nuestros propósitos a aquellas personas a las que previamente se le ha dado un regalo o se les ha hecho algún favor. El sentimiento de obligación hacia nosotros los hará más proclives a acceder a nuestros requerimientos.

**b) El principio de escasez**

Las personas tenemos la tendencia a valorar más aquello que nos es más difícil conseguir o cualquier oportunidad que se nos pueda escapar. Ello se explica porque consideramos mejor a lo que no está al alcance de cualquiera y porque cuando algo no está accesible se incrementa el deseo de obtenerlo. Por ejemplo, asistir a un curso con tal ponente de prestigio que ha dicho que solo podrá impartir unas horas.

**c) El principio de validación social**

Otra tendencia muy humana es la de actuar como lo hace la gente que nos rodea, ya que se cree que es más adecuado hacer lo que hacen las personas similares a nosotros. Por ejemplo, este curso ha dado buenos resultados a otros profesionales, o en las evaluaciones de ediciones anteriores, la mayoría de los asistentes prefieren estos contenidos que se han expuesto.

**d) El principio de simpatía**

Este principio postula que la tendencia del ser humano es hacer lo que desea la gente que queremos. Las personas físicamente atractivas son más proclives a generar respuestas positivas. Cuanto más nos atrae una persona, mayor capacidad tendrá para influirnos. Por ejemplo, alabar la ciudad donde se está dando la conferencia.

**e) El principio de autoridad**

Existe una obligación implícita de obedecer a aquel que manda. Este principio se adquiere en la infancia y no solo se extiende a la obediencia a la autoridad legítima sino también a sus símbolos. Por ejemplo, las atribuciones que conferimos a la bata blanca o los uniformes. Conlleva cuidar nuestra imagen cuando vamos a dar una conferencia dando una imagen formal y neutra.

**f) El principio de coherencia**

Se trata de la importancia social de ser congruente con actuaciones anteriores y con los compromisos adquiridos.

Estos principios son útiles en la mayoría de las ocasiones, se aprenden desde la infancia y sirven como atajo cognitivo para percibir la realidad. Utilizados de manera simultánea aumentan la capacidad de influir en el interlocutor o público.

### **5.1. La comunicación mediante la presentación oral en formato digital**

Es importante realizar una adecuada presentación oral ya que motiva la escucha, facilita la exposición al orador y la comprensión del oyente. Asimismo, ayuda a modular el tiempo de exposición y al control del temido pánico escénico.

Un paso previo a la elaboración de la presentación oral es tener en cuenta lo siguiente:

- Qué vamos a exponer.
- A quién va dirigida la presentación. No es lo mismo dirigirla a otros trabajadores sociales que exponer para el resto de los profesionales sanitarios o dar una charla a pacientes.
- Dónde se va a dar la conferencia.
- Cuándo se expone.

Cuando se trata de presentaciones orales para comunicar resultados de una investigación cuantitativa, se recomienda seguir este esquema:

- Título y autores
- Introducción
- Objetivo
- Material y método
- Resultados
- Discusión y conclusiones
- Reflexiones, aplicabilidad

En el caso de las presentaciones, para comunicar resultados de investigación cualitativa se recomienda el siguiente esquema:

- Título y autores
- Subtítulo (dos líneas)
- Grupo de trabajo (destacar ponente)
- Ámbito de trabajo

Es importante establecer la autoría del trabajo desde el principio para evitar conflictos posteriores.

En la introducción de la presentación cabe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) Captar la atención del auditorio.
- b) Justificar la importancia del tema que se va a exponer.
- c) La introducción debe ser pertinente, breve y servir de transición hacia el objetivo.
- d) Puede incluir referencias, citas textuales, situación de partida.
- e) Ir de lo general a lo específico. Demostrar que se conoce el tema o el problema.

En general, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Llevar la comunicación /presentación en varios formatos y mandarla a nosotros mismos por correo electrónico por si fallaran el resto de los formatos.
- No poner en la diapositiva todo el texto que vamos a exponer.
- Se pueden preparar diapositivas ocultas para estar preparados ante posibles preguntas imprevistas de principio por parte del público.
- No es recomendable falsear resultados.
- La humildad en la exposición suele ser bien valorada por el auditorio.
- Hay que estar preparado ante las preguntas "puñeteras".
- Es más conveniente exponer de pie.
- Hacerlo con o sin atril depende de la seguridad y la experiencia de cada uno.
- El apoyo audiovisual que utilicemos debe ser conocido (puntero, portátil, etc.).
- No leer.
- Comprobar que el auditorio puede oír tus palabras.
- Comprobar que todo el mundo puede ver la presentación.
- No obstaculizar uno mismo la visión de la presentación.
- Estar de cara al auditorio. Alternar dónde recae nuestra mirada.
- Señalizar lo mejor posible (utilizar el puntero).
- Evitar dar demasiada información en poco tiempo.

Con respecto al aspecto personal y la actitud:

- La apariencia externa debe ser correcta para no constituir una distracción.
- Utilizar el énfasis necesario. Ser simpático pero no chistoso.
- Evitar los tics verbales y no verbales.
- Cierta grado de nerviosismo es beneficioso.
- **Ensayar** la exposición previamente.

Con respecto al medio audiovisual:

- Hay que dominar el medio seleccionado para realizar la presentación.
- Las diapositivas mejor si son apaisadas.
- Tonos de color de fondo: oscuros y letras de color claro o viceversa. Tener cuidado con los fondos fotográficos.
- El tamaño de la letra mayor de 16-18.
- Toda la presentación en la misma línea y colores (3-4 colores).
- No sobrecargar las presentaciones.
- No poner más de 10 líneas en cada diapositiva con texto y si se puede explicar con una imagen, mejor.
- Aclarar acrónimos y abreviaturas.
- Poner las referencias si utilizáis tablas y figuras de otro autor.

Muy importante con respecto al tiempo de exposición:

Recordar que se tarda en exponer cada diapositiva entre 30 segundos y 3 minutos. La media está en 1 minuto:

**Una presentación de 10 minutos = de 7 a 9 diapositivas.**

## Resumen

En este módulo hemos visto como el trabajo social sanitario en la atención primaria de salud es un marco ideal para la práctica profesional en los dos focos de atención de la disciplina: el trabajo individual/familiar y el grupal/comunitario.

En la atención a usuarios se recibe una gran variedad de demandas. Para el abordaje de los problemas psicosociales se parte de la concepción del trabajo social como arte y como ciencia en la que la valoración psicosocial se concibe como un proceso dinámico. Se destaca la valoración psicosocial de los sectores de población a los que va dirigido, preferentemente nuestra intervención profesional en la atención directa a usuarios. La valoración debe emprenderse desde una concepción racional y metodológica, eliminando, en la medida de lo posible, la ocurrencia de sesgos.

En la atención individual y familiar se despliega un amplio abanico de intervenciones. Las intervenciones deben ir precedidas del diagnóstico social sanitario debiendo formularse este último en términos precisos y con datos contrastados. Asimismo, hemos visto en el módulo como en la literatura del trabajo social existen los conceptos para denominar nuestras intervenciones.

Finalmente, la investigación y la docencia adquieren especial relevancia en el marco del trabajo interdisciplinar. El ámbito de la atención primaria es propicio para el despliegue de la riqueza y variabilidad del trabajo social sanitario.



## Bibliografía

**Abreu Velázquez, M. C.** (2009, septiembre). "El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud" [artículo en línea]. *ENE* (vol. 3, n.º 2).

**Abreu, C.; Damas, L.; Herrera, D.; Mesa, J.; Pérez, P.; Teixidor, J.** (2006, noviembre). *Actuación ante las situaciones de abandono*. Servicio Canario de Salud. Documento inédito.

**Abreu, M. C.; Armas García, E.; Gil, A.; Hernández, C.; Jiménez, M. C.; Saavedra, L.** (2004). *Documento Marco: Rol profesional de trabajo social en atención primaria de salud*. Servicio Canario de Salud.

**Austrian, S. G.** (2009). "Guidelines for conducting a biopsychosocial assessment". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

**Barker, R. L.** (2003). *The social work dictionary* (5.ª ed.). NASW Press.

**Barrón, A.; Chacón, F.** (1992). "Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes". *Aprendizaje. Revista de Psicología Social* (vol. 1, núm. 7, pág. 53-59).

*Código Deontológico*. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social [documento en línea].

*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (1978, 6-12 de septiembre) OMS. Alma-Ata, URSS.

**Dabas, E.** (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.

**Drisko, J. W.** (2009). "Common factors in therapy". *Social workers' desk reference* (2.ª ed.). Oxford University Press.

*Framework for assessment of children in need and their families* (2000). Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office.

**Geissler-Piltz, B.** (2011). "How social workers experience supervision: results of an empirical study in the healthcare sector". *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (vol. 20, núm. 1, pág. 5).

**Gibbs, L.** (2009). "How social workers can do more good than harm. Critical thinking, evidence-base practice and avoiding fallacies". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

**Goldberg, R. J.** y otros (1984). "Medical Clinic Referrals to Psychiatric Social Work: Review of 100 Cases". *General Hospital Psychiatry* (núm. 6, pág. 147-152).

*Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria* (2.ª ed., febrero de 2002). Servicio Canario de Salud.

*Informe sobre desarrollo humano* (2009). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [documento en línea]. Nueva York. [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2009]. <<http://hdr.undp.org/en/mediacentre/>>

**Meyer, C. H.** (ed.) (1993). *Clinical social work in an eco-systems perspective*. Nueva York: Columbia University Press.

**Moix Martínez, M.** (2006). *Teoría del Trabajo Social*. Madrid: Editorial Síntesis.

**Parker, J.; Bradley, G.** (2003). *Social Work Practice. Assessment, planning, intervention and review*. Learning Matters Ltd.

*Programa de Salud Infantil* (2003). Servicio Canario de Salud.

*Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico* (2003). Servicio Canario de Salud.

**Richmond, M.** (1917). *Social Diagnosis*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

**Roberts, C. S.** (1989). "Conflicting professional values in social work and medicine". *Health and social work* (vol. 14, n.º 3). National Association of Social Workers.

**Rosen, R.; Asaria, P.; Dixon, A.** (2007). *Improving chronic disease management. An Anglo-American exchange*. Londres: King's Fund. [Seminar Report].

**Rycus, J. S.; Hughes, R. C.** (2009). "Recognizing indicators of child maltreatment". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

**Servicio Canario de Salud** (2003). *Documento Marco del Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud*.

**Soares, H. H.; Rose, M.; Feiger, R.** (2011). "Clinical Practice with older Adults. Theory & practice in clinical social work". *Sage Publications, Inc.* (pág. 407-434).

**Sticher-Gil, B.** (1993). "Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit". *Studium Praxis* (núm. 70, pág. 3-7).

**Terbuyken, G.** (1997). "Verstehen und Begleiten. Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von Sozialarbeiter/innen in der Psychiatrie". *Soziale Arbeit* (n.º 2).

*The Victoria Climbié Inquiry Report* (2003) [documento en línea]. Londres: House of Commons. Health Committee. [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2009].

**Thoits, P. A.** (1982). "Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress". *Journal of Health Social Behavior* (núm. 2, pág. 145-159).

**Trevithick, P.** (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid: Editorial Narcea.

**Zabora, J. M.** (2009). "Developing of a proactive model of health care versus a reactive system of referrals". En: A. R. Roberts (ed.). *Social workers' desk reference*. Oxford University Press.

**Zlotnik, J. L.; Solt, B. E.** (2008, diciembre). "Developing research infrastructure: The Institute for the advancement of social work research". *Social Work Research* (vol. 32, n.º 4). National Association of Social Work.