

El trabajo social sanitario en la atención especializada

Catalina Napal Lecumberri

PID_00206286

Índice

Introducción.....	7
1. Algunos aspectos a tener en cuenta desde el trabajo social sanitario especializado - hospital.....	9
2. El trabajo social sanitario en atención especializada - hospital.....	14
2.1. Concepto. Breve reseña a la trayectoria histórica. Capacitación	14
2.2. Breve reseña a la trayectoria histórica del trabajo social sanitario en el hospital	15
3. Funciones de trabajo social sanitario hospitalario.....	16
3.1. Función asistencial	18
3.1.1. La valoración socio-familiar. El diagnóstico social sanitario	18
3.1.2. Intervención psico-social desde trabajo social	20
3.1.3. Coordinación	23
3.1.4. Información y orientación	23
3.1.5. Gestión de acceso a recursos y prestaciones	24
3.1.6. Derivación	25
3.2. Función investigación	26
3.3. Función docente	27
3.4. Capacidad y perfil de los trabajadores sociales sanitarios en el hospital	27
3.5. Valores como propiedades del hacer profesional del trabajo social sanitario	29
3.5.1. La atención individualizada	29
3.5.2. La atención integral	30
3.5.3. El trabajo en equipo	31
4. Funciones de la jefatura del servicio trabajo social sanitario en el hospital.....	34
5. Funciones del personal administrativo del servicio de trabajo social sanitario.....	36
6. Circuito de la intervención del trabajo social sanitario.....	38
7. Instrumentos básicos de trabajo social sanitario.....	44
7.1. Historia informatizada de trabajo social sanitario	44

7.2. Informe de trabajo social sanitario	46
8. Recursos humanos.....	47
8.1. Jornada laboral: gestión del tiempo	47
8.2. Posibles interferencias en la organización de la jornada	48
9. Praxis profesional.....	50
9.1. Trabajo social sanitario aplicado a personas con diagnóstico de demencia	50
9.1.1. Signos que caracterizan una demencia	51
9.1.2. Respeto a la toma de decisiones	52
9.1.3. Cuándo y cómo inicia la intervención el trabajo social sanitario	54
9.2. Trabajo social sanitario aplicado a personas con insuficiencia renal crónica en diálisis	57
9.2.1. En la elección de la técnica	57
9.2.2. Durante el tratamiento	58
9.2.3. Aspectos sociales y psicosociales de la enfermedad renal	58
9.2.4. Trabajo social sanitario de grupo en la insuficiencia renal crónica	59
9.2.5. Desde la bioética	59
9.3. Trabajo social sanitario aplicado a personas con enfermedad terminal. Muerte	61
9.3.1. Características de la enfermedad terminal	62
9.3.2. Intervención terapéutica. Equipo interdisciplinar	62
9.3.3. Actitudes sociales respecto a la muerte	62
9.3.4. Trabajo social sanitario individual y familiar en el proceso del morir	64
9.3.5. La familia frente a la enfermedad terminal. Su importancia en el proceso de morir del familiar	64
9.4. Trabajo social sanitario aplicado a personas que han sufrido un accidente (de tráfico, laboral)	69
9.4.1. Algunas características que llevan implícitas los accidentes	69
9.4.2. Objetivos del trabajo social sanitario	70
9.4.3. Metodología aplicada en el caso social sanitario	71
9.5. Trabajo social sanitario en el servicio de urgencias hospitalario	74
9.5.1. Algunas características de los servicios de urgencias de un hospital	76
9.5.2. Valoración preliminar de la urgencia: triaje	76
9.5.3. Acceso del paciente al servicio de trabajo social sanitario del hospital	77
9.5.4. Intervención desde el trabajo social sanitario en urgencias	77
9.6. Trabajo social sanitario en el servicio de cuidados intensivos	81

9.6.1.	Intervención desde el trabajo social sanitario en la UCI o la UVI	83
9.6.2.	Limitación del esfuerzo terapéutico. Voluntades anticipadas	84
9.7.	Trabajo social sanitario en el servicio de neurología	86
9.7.1.	Características sociales que acompañan diagnósticos neurológicos que generan dependencia	87
9.7.2.	Intervención de trabajo social sanitario	88
9.8.	Trabajo social sanitario en el servicio de psiquiatría	89
9.8.1.	Intervención del trabajo social sanitario en el hospital	93
9.9.	Trabajo social sanitario con neonatos con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas	94
Bibliografía		103

Introducción

"El hospital, hoy por hoy, es una de las empresas más complejas de dirigir, por la interrelación entre los factores técnicos, humanos y profesionales, así como laborales, cuando lo que se atiende es la enfermedad, la salud de la ciudadanía".

D. Colom (2000). *Planificación del alta hospitalaria*. Zaragoza: Mira.

Desde los tiempos en que los hospitales eran de beneficencia, y acogían a las personas pobres, o se internaba en ellos a las personas para evitar el contagio de la población, a los hospitales actuales, no ha pasado mucho tiempo en la historia (todavía hay edificios y profesionales que conocieron el final de esa época), pero sí han ocurrido acontecimientos importantes que han provocado una transformación profunda en el sistema sanitario.

Las sociedades desarrolladas se caracterizan por el aumento de la esperanza de vida debido a mejores condiciones económicas, sociales y de atención sanitaria.

El gran reto del sistema sanitario y del sistema social es atender el aumento de las tasas de dependencia, unido al envejecimiento de la población, así como al aumento de personas con enfermedades crónicas; a ello se añaden los procesos de diagnóstico difícil, los procesos de morir y la muerte, acompañados de profundos cambios sociales, nuevas estructuras familiares, desaparición de soportes familiares y/o vecinales, etc.

El cambio más profundo en el sistema sanitario es que actualmente hay que buscar el equilibrio entre las siguientes cuestiones:

- El gran desarrollo de la tecnología.
- La humanización, es decir hacer humano, afable, agradable, dulce, suave en la conversación y el trato.
- El derecho a la autonomía del paciente, de la persona atendida.

Con el desarrollo de la democracia, los servicios públicos, como los hospitales, deben presentar las siguientes características:

- Igual acceso de la ciudadanía. Que ninguna circunstancia, personal o social dificulte el acceso. Así, por ejemplo, durante un tiempo el servicio sanitario existía, pero se dificultaba el acceso a quien era inmigrante y no contaba con la documentación exigida. Otro ejemplo: si no hubiese medio de transporte público y/o privado, algunas personas no podrían desplazarse para ser atendidas en el sistema sanitario.
- Universalidad. Atender a todas las personas en la misma situación. Todas las personas, tengan la cobertura sanitaria que tengan (privada, Seguridad

Social, ISFAS –Fuerzas Armadas–, etc.), deben ser atendidas en el sistema sanitario público.

- Atención integral basada en el modelo biopsicosocial y la coordinación interdisciplinar.
- Equidad para garantizar la igualdad. Todas las personas en la misma situación deben ser atendidas con los mismos medios.
- Personalizar la atención. Principio de individualidad, cada persona es distinta. Aunque haya procedimientos, cada persona es única.
- Los servicios públicos deben disponer de carteras de servicios conocidos por la ciudadanía.
- La participación de profesionales, pacientes y usuarios para colaborar en mejorar el sistema sanitario.

1. Algunos aspectos a tener en cuenta desde el trabajo social sanitario especializado - hospital

Catalina Napal Lecumberri

Mary Richmond, en su libro *Diagnosis social* (1917), decía:

"La única práctica lamentable de trabajo social es aquélla que se acomoda a una cierta rutina, a la adopción invariable de las mismas medidas ante cualquier situación, sin ninguna reflexión previa o espíritu de aventura".

El hospital es una organización "viva". Es una institución dinámica, cambiante, se podría decir que "sorprendente". De ahí la importancia de que los trabajadores sociales sanitarios sean activos, observadores, con capacidad de adaptación y con capacidad de adelantarse a las situaciones.

Cuando se hace referencia a cualquier ámbito del sistema sanitario, se suele hablar de números, presupuestos, recursos, indicadores de salud, pero la base fundamental del sistema sanitario no son sus recursos o prestaciones, es la persona atendida y sus redes familiares/sociales o soporte.

El desarrollo de la medicina con tanta tecnología corre el riesgo de olvidarse de los *valores*. Es de gran importancia tener presente que la norma de relación entre personas, grupos o instituciones, y las personas destinatarias de sus servicios, que no descansan sobre un valor social, aboca inevitablemente a un conflicto o fractura.

No vamos a desarrollar todo lo que incluye el concepto *valores*, desde sus distintas perspectivas, sólo hacemos referencia a una idea muy básica con el fin de recordar que en el momento de trabajar es importante conocer y respetar los valores de las personas atendidas.

"Por otra parte el hospital, la llamada «máquina de curar» puede dejar de ser una máquina cuando se basa en una concepción holística, basada en derechos y en realidades de la condición humana, y no sólo en una producción, aunque sea la producción de algo tan necesario y deseado como la salud".

Dolors Colom (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. Zaragoza: Mira editores (agotado).

Las personas están de paso en el hospital porque siempre vuelven a su entorno que es donde las personas nacen, desarrollan sus valores, conocimientos, creencias y costumbres, y también donde se descubren, aprenden y potencian las *respuestas* al cuidado de la salud y la enfermedad. Ahí es donde hombres y mujeres sufren, aman, odian, se desarrollan, ahí están sus aspiraciones, proyectos, fracasos, recuerdos e ilusiones.

"Richmond, desarrolla toda una cadena de pensamiento situando cualquier problema de la persona más allá de sí misma. Penetra en su familia inmediata o red social próxima, en su entorno medioambiental. Según ella y otros estudiosos, el todo conforma elementos indispensables para estructurar el diagnóstico social. La visión holística del trabajo social de caso establece una base bio-psico-socio-cultural. Ambos, persona y entorno, necesitan contemplarse como variables interactivas, influyéndose sin cesar. Actuar sobre una es incidir sobre el otro y viceversa".

Dolors Colom (2008). *El trabajo social sanitario* (pág. 57). Madrid: Siglo XXI.

En resumen, sabiendo que es sólo una referencia breve (hay que insistir en ello), pero de gran importancia, es preciso tener en cuenta los hechos, que son datos de percepción, se ven, se tocan, se huelen. Es lo que resulta mediata o inmediatamente perceptible. Los hechos son la base de nuestro conocimiento de la realidad. Proceden de las sensaciones que tenemos de los cuerpos exteriores. Las sensaciones nos suscitan emociones y sentimientos: positivos, negativos, de agrado, de desagrado, de amor, de rechazo, y la razón acaba elaborando juicios de aprobación o reprobación de esas situaciones. Desde el trabajo social sanitario es "básico" tener en consideración los valores y las creencias de las personas atendidas.

Los valores no se dan aislados nunca, sino que, entre otras cosas, forman las matrices orgánicas que denominamos cultura o tradiciones. Los valores aportan lo siguiente:

- Orientan a las personas a un estilo de vida.
- Dan coherencia a los modelos, a las normas, a las reglas de la sociedad.
- Ayudan a construir modelos de integración social desde dentro. Los tradicionales son los de gestión heterónoma, alguien de fuera los impone.

Por ejemplo, la ética de la gestión del cuerpo ha estado directamente en manos de los teólogos y pastores de las iglesias. Pero el hombre y la mujer del siglo XX comenzaron a exigir la capacidad de su cuerpo, y de su vida y muerte, y en ello se está.

Todas las personas atendidas en el sistema sanitario tienen derecho en nuestra sociedad a la atención desde el trabajo social sanitario integrado en la atención sanitaria, y por lo tanto, a acceder al servicio de trabajo social sanitario.

"Como punto de partida, en el campo sanitario la intervención social debería darse en todos los casos, pues la enfermedad siempre rompe dinámicas familiares".

Dolors Colom (2008). *El trabajo social sanitario* (pág. 57). Madrid: Siglo XXI.

Por otra parte, trabajar en un hospital como trabajadora social sanitaria exige tener conocimiento de los *indicadores clave* del Sistema Nacional de Salud, un conjunto priorizado de información, que abarca los aspectos considerados más relevantes de la salud y del sistema sanitario español, nacional y autonómico. Parece obvio, aunque hay que recordarlo, que es importante conocer la estructura del servicio de salud de la comunidad autónoma donde se trabaja. Su desarrollo se ha llevado a cabo en colaboración con las comunidades autó-

nomas, a través de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Inter-territorial del SNS, que aprobó, en su sesión plenaria de marzo de 2007, un primer listado de 110 indicadores. Los indicadores elegidos se relacionan con la población, el estado de salud y sus determinantes, la oferta de recursos, la actividad, la calidad, el gasto y la satisfacción de los ciudadanos.

El marco metodológico de referencia es el proyecto ECHI (European Community Health Indicators) de la Comisión Europea.

También hay que conocer los GRD (grupo de diagnósticos relacionados) del Sistema Nacional de Salud y del hospital donde se trabaja.

El concepto tradicional de hospital, considerado como institución o centro sanitario que, al margen de su denominación, tiene como finalidad fundamental la prestación de asistencia sanitaria en régimen de internado (no son instituciones cerradas, esto es importante en relación con la autonomía de las personas ingresadas), se ha visto superado por las nuevas formas de organización de la asistencia sanitaria especializada que tienen su fundamento en la Ley general de sanidad:

- Art. 56.2.b: "En el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales".
- Art. 65.2: "El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia".

Así, desde comienzos de los años noventa, la organización de la asistencia especializada pública, tradicionalmente estructurada en dos planos (hospital y ambulatorios), dio paso a una nueva forma de organización, procediendo a la unificación e integración funcional del hospital, y de los centros de especialidades en un único ámbito de asistencia especializada, de forma que los recursos humanos y materiales fueran comunes para los diferentes centros de asistencia especializada y, en algunos casos, de atención primaria del área sanitaria. Esto ocurrió de forma distinta en cada comunidad autónoma, pero fue el inicio del cambio en la estructura del sistema de salud. Con el tiempo las cosas van evolucionando y es de gran importancia conocer la actualidad en todo momento, así como la evolución que se ha ido produciendo.

En este crédito vamos a estudiar el trabajo social sanitario en el ámbito hospitalario, pero no se puede dejar de hacer referencia a esos centros llamados centros de especialidades o centros ambulatorios, aunque sería necesario otro desarrollo. Ahí están los HD (hospitalización domiciliaria), los HD de Oncología, Unidad de Trasplantes... y no en todas las comunidades autónomas se les denomina igual o funcionan igual. Es importante que en estos centros, donde,

entre otras cosas, se informa de diagnósticos de alta vulnerabilidad psicosocial como cáncer, demencia, etc., se tenga también la conciencia de la necesidad de prestar una atención integral, holística e interdisciplinar, y que se disponga de profesionales de trabajo social sanitario y una coordinación adecuada con atención primaria. La realidad social lo exige: aumento de la cronicidad, aumento de la edad, de la dependencia... Los hospitales no son todos iguales y en cada comunidad autónoma hay diferencias.

Atendiendo a su **finalidad asistencial**, los hospitales se clasifican en: general, quirúrgico, maternal, infantil, materno-infantil, psiquiátrico, enfermedades del tórax, oncológico, oftálmico u o.r.l., traumatológico y/o rehabilitación, rehabilitación psico-física, médico-quirúrgico, geriatría y/o larga estancia, otros monográficos, leproológico o dermatológico, otra finalidad.

Se considera como **hospital general**, aquel destinado a la atención de pacientes afectos de patología variada y que atiende las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría. También se considera general cuando, aun faltando o estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentra la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada.

Si se atiende a la **dependencia patrimonial**, ésta se refiere a la persona física o jurídica propietaria de, al menos, el inmueble ocupado por el centro sanitario. Así, los hospitales dependen de las siguientes instituciones: Seguridad Social, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Interior, Ministerio de Defensa, comunidad autónoma, diputación o cabildo, municipio, entidades públicas, mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEP), privado-benéfico (Cruz Roja), privado-benéfico (Iglesia), otro privado-benéfico, privado no benéfico, otra dependencia patrimonial.

Los hospitales que aparecen bajo la dependencia de **Seguridad Social** pertenecen a la Tesorería General de la Seguridad Social. Existe un grupo especial para las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aun cuando en la mayor parte de los casos ha concluido su adscripción a la Tesorería General de la Seguridad Social. También hay algunos casos en los que la propiedad es compartida por varios organismos públicos, como es el caso de algunos complejos y consorcios, en cuyo caso aparecen como entidades públicas.

A los efectos de este catálogo, atendiendo a su **dependencia funcional**, los hospitales se gestionan según la siguiente clasificación: Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), Servicio Andaluz de Salud, Servei Català de la Salut (SCS), Servicio Vasco de Salud (OSAKIDETZA), Agencia Valenciana de Salud, Servicio Navarro de Salud (OSASUNBIDEA), Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Servicio Canario de Salud, Instituto de Salud Carlos III, otros hospitales públicos de dependencia estatal, administración penitenciaria, comunidad autónoma, diputación o cabildo, municipio, otros públicos, mutua de accidentes de trabajo, privado-benéfico (Cruz Roja), privado-benéfico (Iglesia), otro privado-be-

néfico, privado no benéfico, otra dependencia funcional, Ministerio de Defensa, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Servicio Cántabro de Salud (SCS), Servicio Riojano de Salud, Servicio Murciano de Salud, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Servicio Extremeño de Salud (SES), Servei de Salut de Les Illes Balears (IB-SALUT), Servicio Madrileño de Salud, Sanidad Castilla y León (SACYL). Al igual que en lo referente a dependencia patrimonial, en el caso de que la gestión sea compartida por varios organismos de carácter público, se asignará el código "otros públicos".

Y desde el trabajo social sanitario es importante reflexionar sobre las características de los modelos de actuación profesional, según se centren en la perspectiva del cliente o en la perspectiva de la institución. S. Rose y V. L. Moore (1995, pág. 338) ofrecen la siguiente tabla:

Características del trabajo social	Modelo centrado en la perspectiva del paciente	Modelo centrado en la perspectiva del sistema de prestación
Percepción fundamental del cliente	Los clientes son sujetos que comprenden y actúan.	Los clientes son objetos a comprender y sobre los que actuar.
El trabajador social considera al cliente	En términos de potencialidades a identificar y desarrollar.	En términos de problemas a identificar y de patologías a gestionar.
El trabajador social pretende	La participación activa, la reconducción de las carencias y la producción de sentido.	El cumplimiento y la adaptación a los planes del servicio.
Los objetivos del trabajo social	Una dirección positiva, por medio de pasos a realizar y el aumento de la confianza en las propias posibilidades.	La mejora de las pautas del consumo de los servicios y de la conducta del paciente.
El trabajo social necesita de la evaluación	Se deriva directamente de los propios planes y fines del cliente.	Se deriva de las definiciones del sistema de servicios y sus necesidades.
Derivación	Se considera al conjunto de la comunidad como un recurso, en especial las redes sociales no oficiales.	Se considera sólo a los servicios existentes del sistema oficial.

Características de los modelos de actuación profesional desde el trabajo social sanitario.
Fuente: S. Rose; V. L. Moore (1995, pág. 338)

2. El trabajo social sanitario en atención especializada - hospital

2.1. Concepto. Breve reseña a la trayectoria histórica. Capacitación

Por otra parte la *Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada* (INSALUD, 2000) considera:

"El trabajo social como la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo (persona) a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina".

INSALUD (2000). *Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Dolors Colom define el trabajo social hospitalario como:

"La disciplina que a partir del estudio, diagnóstico y tratamiento socio-sanitario atiende a personas ingresadas y a sus redes sociales más próximas, para que la enfermedad no sea pérdida de la calidad de vida, de discriminación o marginación social. Aunque se desarrolla en el hospital, el tratamiento puede prolongarse hasta un tiempo después de producirse el alta".

Del análisis de la información obtenida en la intervención, propone acciones orientadas a mejorar el regreso a casa de los clientes hospitalizados, para lo que exige el establecimiento de la coordinación con la atención primaria.

El trabajo social sanitario se apoya en el conjunto de disciplinas que abordan el campo social; dentro de éstas y estableciendo un continuo que va desde las ciencias a las técnicas. El trabajo social sanitario podría calificarse de tecnología. En el sentido de Bruge: "es el enfoque científico de los problemas prácticos".

Se sustenta en conocimientos teóricos que proporcionan las diferentes ciencias sociales y utiliza igualmente las técnicas de investigación, programación, intervención y evaluación, comunes a otras disciplinas.

Se identifica el trabajo social (e igualmente el trabajo social sanitario) como una tecnología social porque aplica los conocimientos de las ciencias sociales a la realidad, con el fin de transformarla y, al enfocar científicamente los problemas prácticos, va haciendo surgir nuevos conocimientos que, a su vez, son un aporte a las ciencias sociales.

Referencia bibliográfica

N. Aylwin; V. Rodríguez (1971). *Qué es el trabajo social en la actual perspectiva histórica chilena*. Santiago de Chile.

También se entiende el trabajo social como *proceso de ayuda*. El trabajo social se define como un proceso de ayuda (y añadimos estratégica), ideado para atender a la persona, al grupo o a la comunidad en el cambio de actitud y comportamiento dentro de una particular situación social.

Referencia bibliográfica

Harleigh Trecker (1972). *Social Group Work, Principles and Practices*. Nueva York: Association Press.

2.2. Breve reseña a la trayectoria histórica del trabajo social sanitario en el hospital

Aunque se ha tratado en el primer crédito, recordemos que se le atribuye al médico Richard C. Cabot la creación de la primera plaza de trabajo social sanitario en el Massachusetts General Hospital de Boston, centro en el que ejercía de director. Corría el año 1905.

Las circunstancias que rodeaban la enfermedad –decía– están íntimamente relacionadas con sus aspectos sociales. Así, en EE. UU. se fundaban los primeros servicios de trabajo social sanitario dentro de los hospitales.

"Ida M. Canon es una de las figuras más representativas del trabajo social sanitario cuyo legado, ha atravesado los tiempos hasta llegar a la época actual. Siempre se le atribuyó a esta primera plaza de trabajo social sanitario, si bien el artículo de Martín Nacman sitúa a Garnet Isabel Pelton, como la primera trabajadora social sanitaria de Massachusetts General Hospital. En un texto de 1916, se publica una conferencia pronunciada por Garnet Isabel Pelton en la que cabe resaltar la diferencia que establecía entre trabajo social sanitario y otros tipos de ayuda que podían llegar de la mano de la filantropía y/o cuidadoras clínicas. Señalaba en concreto que el objetivo del trabajo social sanitario era el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento".

Dolors Colom (2008). "El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria". *Revista de políticas sociales de Europa* (nº 25-26).

En España se puede decir que, bien desde el INSALUD o desde las comunidades autónomas –en otros tiempos provincias, diputaciones, cabildos–, se crearon las primeras plazas de asistentes sociales, pero de forma desigual en todas sus características (ubicación, dependencia orgánica, funciones, etc.).

Las fechas de inicio en España, se remontan a finales de la década de los cincuenta, aunque los primeros documentos hacen referencia a 1960 y en algunas provincias, las primeras –por aquel entonces– "asistentes sociales" actuaron en centros de salud mental, antiguos psiquiátricos.

3. Funciones de trabajo social sanitario hospitalario

Como hace referencia Dolors Colom en su libro *El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*, y lo ratifican los años de experiencia:

"Al igual que otras actividades hospitalarias, el trabajo social hospitalario se enmarca y desarrolla en un contexto físico específico que atiende a una población definida y no a otra, siendo los límites naturales del hospital los suyos propios".

Las gerencias de los hospitales son las que marcan las líneas estratégicas del establecimiento, y encuentran en el servicio de trabajo social sanitario, en su jefatura, un aliado perfecto para considerar los aspectos sociales de las personas enfermas y de sus familias/entorno. La jefatura del servicio de trabajo social sanitario buscará y promoverá la participación del resto del equipo de profesionales.

Por otra parte, antes de pasar a describir las funciones del servicio de trabajo social sanitario en el hospital vamos a establecer su **estructura y dependencia**:

- Es necesario que el trabajo social sanitario forme parte de la estructura organizativa del hospital, como en otros ámbitos del mismo (Medicina, Enfermería, Admisión, Formación). La referencia debe ser de servicio, si bien en los hospitales hay otras estructuras orgánicas: secciones, unidades, departamentos. Hay gran diferencia entre comunidades autónomas. En algunas son unidad administrativa, en otras estatutarias, en otras dependen de Asuntos Generales.
- La jefatura debe tener la titulación de Diplomada o Graduada en Trabajo Social y/o a ser posible Postgraduada en Trabajo Social Sanitario o máster de Trabajo Social Sanitario.
- La dependencia jerárquica debe ser directa de la dirección-gerencia.
- Debe participar en las comisiones del hospital en las que se tenga en cuenta la organización de servicios, como la junta técnico-asistencial, y pertenecer a otras como por ejemplo la comisión de bioética, o la de calidad, o satisfacción de la población, u otras que existan en el hospital. Cada hospital tiene las suyas propias con conceptos distintos.
- Debe disponer de las condiciones adecuadas para el desarrollo de su quehacer profesional, entre ellas: despacho individual, a fin de preservar la intimidad y la confidencialidad de las personas atendidas, para todo el equipo de profesionales. Estos despachos estarán estratégicamente ubicados en el hospital. Los servicios más vinculados al servicio de trabajo social sanitario

son: oncología, psiquiatría, neurocirugía, neurología, geriatría, urgencias, cardiología, UCI, traumatología, otros con menos frecuencia. En sus áreas deben disponer de despacho para que los trabajadores sociales sanitarios puedan atender a la persona y a su familia en las condiciones óptimas de intimidad y confidencialidad.

- Otras áreas y soportes: despacho para la jefatura, despacho común para el servicio, área para la administrativa, equipo informático para cada profesional, conexión a Internet, correo electrónico, línea de teléfono individual, móvil, archivos, fax, trituradora, minigrabadora, fotocopidora. Apoyo/soporte administrativo.
- La ratio de profesionales de trabajo social sanitario en un hospital debe dimensionarse de acuerdo con la realidad asistencial de cada hospital, según objetivos del mismo, para posibilitar una atención de calidad, sobre la base de la equidad y la posibilidad de acceso de todas las personas en la misma situación. En caso contrario no se puede asegurar que todos los ciudadanos tengan las garantías jurídicas y técnicas necesarias para su acceso a la valoración e intervención del trabajo social sanitario, mediante los procedimientos y técnicas recogidos en la cartera de servicios del servicio de trabajo social.

La medida de cálculo se fijará a partir de los procesos sanitarios atendidos en el establecimiento, no en función de las camas, que, al depender de la rotación pueden ser un falso indicador. Es necesario diferenciar producción de ocupación de camas o altas hospitalarias, aunque éstos representen un indicador importante en la gestión del hospital.

- Debe contar siempre en los permisos vacacionales u otros con personal cualificado, trabajadores sociales sanitarios que asuman la sustitución y garanticen así continuidad y seguimiento de los casos sociales sanitarios en curso.
- Las funciones que se llevan desarrollando desde hace muchos años han sido y son las mismas que realiza el personal sanitario según la Ley de profesiones sanitarias: asistencia, docencia e investigación.



3.1. Función asistencial

Tiene las siguientes partes, siempre siguiendo el **procedimiento** correspondiente, y cada parte tiene sus actividades (entrevistas, documentar o gestiones):

- La valoración socio-familiar. El diagnóstico social sanitario. El plan de trabajo y el tratamiento.
- La intervención social a partir del diagnóstico social sanitario.
- La coordinación con otros ámbitos.
- La información, orientación dentro de las necesidades del caso, no como la que desarrolla el servicio de atención al usuario.
- La gestión.
- La derivación.

3.1.1. La valoración socio-familiar. El diagnóstico social sanitario

Conviene precisar la situación socio-familiar de la persona enferma con carencias o dificultades sociales derivadas de su problema de salud.

Los objetivos de la valoración socio-familiar son los siguientes:

- Identificar y definir las necesidades/problemas, factores de riesgo sanitario y social causales, limitantes o favorecedores, siempre en el contexto de la persona enferma y en tiempo real.
- Valorar los factores psicosociales: cómo vive el problema de salud, cómo le afecta, que repercusiones tiene (personales, emocionales, familiares), su capacidad de afrontamiento, los grados de estrés.

- Determinar consecuencias sociales, derivadas del proceso de enfermedad, en todo su abanico: personales, emocionales, familiares...
- Integrar el **diagnóstico social sanitario** en la historia informatizada de trabajo social sanitario con el fin de diseñar el tratamiento integral.

El procedimiento de la valoración socio-familiar consta de los siguientes pasos:

- Analizar la procedencia de la demanda y su justificación.
- Entrevistas de estudio/valoración con la persona enferma, familiares y/o personas próximas o del entorno.
- Observación directa de la persona enferma.
- Contactos con personal sanitario del centro.
- Utilización de los soportes documentales: historia clínica informatizada, etc.
- Interconsultas a profesionales de trabajo social que participan en la valoración de la situación y se considera que pueden completar el diagnóstico y tratamiento social (interhospitalario y extrahospitalario).
- Análisis de los documentos aportados (informes sociales, etc.).
- Valoración de la necesidad detectada e identificación del sistema de apoyo social (recursos formales) y/o tejido social (recursos informales).

Es importante incorporar a esto el planteamiento que hace Dolors Colom:

a) Atención profesionalizada individual (prediagnóstico). Intervención reactiva:

- Puntual, de inmediatez.
- Satisface la demanda.
- Se puede y/o debe derivar a otro servicio.

No desaparecerá nunca, debe ser sólo puntual, tendiendo a trabajar proactivamente, es decir adelantándose a las situaciones. Que no haya demanda no significa que no haya carencia o necesidad o problema. Hay que desterrar por completo la idea de que el problema social es lo que molesta y que lo atiendan esas profesionales que "pertenecen" a bienestar social.

b) Atención enclavada en un procedimiento de caso con diagnóstico social sanitario:

- Busca un cambio proactivo.
- Estudia la demanda, a la que se ve como puerta de entrada al análisis en profundidad.
- Además, de lo inmediato estudia la causa de esta interrupción vital apoyándose en los procedimientos.
- Evalúa los cambios.

3.1.2. Intervención psico-social desde trabajo social

El apoyo *psicosocial*: técnica que, de forma resumida, consiste en situar a la persona en su entorno y desde ahí potenciar sus aspectos positivos para que por sí misma pueda afrontar su realidad vital, incluso modificarla.

"Una crisis según como se resuelva puede ser causa de crecimiento personal. Afrontar una crisis va a depender de la intensidad, del diagnóstico, del soporte, de las características propias de la persona, de los recursos económicos, de la edad..."

Dolors Colom. *El trabajo social sanitario* (pág. 19).

En el campo sanitario los trabajadores sociales sanitarios atienden aquellas carencias sociales que han aparecido o han aumentado por la presencia de la enfermedad.

Un ingreso hospitalario puede dar lugar a una serie de consecuencias que provocan sufrimiento (a veces muy intenso) y que tienen como efecto que la persona ingresada y su familia/entorno vivan una situación de vulnerabilidad en todas las áreas de su vida, entendiéndose por vulnerabilidad la falta de habilidades que vienen marcadas por la trayectoria personal y familiar y por el contexto en el que se encuentran. Todas estas situaciones provocan, sin lugar a duda, un desajuste personal y familiar difícil de asumir y afrontar, por lo que se requiere del apoyo profesional que colabore en la clarificación de la situación y su afrontamiento.

No se debe comenzar enseguida con la prestación del apoyo, con la intervención de ayuda, primero se debe escuchar con calma; se sabe que en el hospital predomina la prisa y la inmediatez, pero desde el trabajo social sanitario ayudamos a buscar la mejor solución y ello requiere la calma, y desarrollar técnicas de acogimiento desde el primer contacto. Sabemos que las estancias hospitalarias son cortas y ahí debemos tomar decisiones difíciles y en poco tiempo, pero la persona atendida no debe sentir la prisa ni la presión. Para ello tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- En la entrevista con la persona es aconsejable utilizar su nombre.
- Mantendremos contacto temprano con la familia, ello con la autorización previa de la persona enferma.

- Contactaremos cuanto antes con las fuentes de cooperación fuera de la familia, recursos sociales formales o informales.
- Acudiremos a las fuentes necesarias para interpretar la situación y elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Describiremos qué acciones corresponde emprender. No siempre se puede intervenir en todo lo que se detecta, hay que tener muy claro que en un ámbito terciario como es el hospital, hay muchas actividades que se pueden acometer, pero también hay muchas situaciones en las que la derivación con calidad (informada y coordinada) es lo más importante.

La inmediatez, como se ha hecho referencia anteriormente, condiciona el trabajo, por eso es de gran importancia abordar situaciones utilizando claves de entrevista, para no perder el objetivo de la propia entrevista. Una entrevista no tiene que ser "eterna", tiene sus tiempos. Mas allá de cierto tiempo, no es eficaz, ni profesional. Pierde su objetivo para el profesional y para la persona atendida.

Las invitaciones abiertas como "a ver, cuénteme" pueden provocar que la entrevista se alargue excesivamente. Mejor son otras preguntas: "¿en qué puedo ayudarle?", "¿cuál cree que es su dificultad?", "¿qué es lo que desea?", "¿hay otras cosas sobre las que quiere hablarme?".

Es adecuado terminar las entrevistas preguntando: "¿tiene alguna duda, quiere preguntarme algo?".

Si consideramos que hay otros asuntos que no aborda la persona, hay que preguntar por ellos: "me parece que hay otras cosas que le están preocupando, ¿cómo puedo ayudarle?".

Los objetivos son los siguientes:

- Facilitar a la persona/familia la intervención profesional que le ayude a recuperar y mantener la estabilidad, así como servir de soporte para que pueda ser consciente y desarrolle su capacidad de autonomía y para resolver, encauzar los propios problemas o dificultades que presente. Para ello hay que facilitar la expresión del problema, con técnicas de comunicación, para tomar conciencia del mismo.
- Que la persona y su familia/entorno se sientan tranquilos, que sientan seguridad a pesar de la gravedad de la situación, confiados en los profesionales del hospital, proporcionándole elementos que lo faciliten: información, orientación, etc., tanto de la estructura y funcionamiento del hospital como de los profesionales y de la dinámica del centro.

- Potenciar y facilitar la comunicación entre la persona, la familia y el resto de profesionales de los servicios del hospital.
- Facilitar, promover y acompañar en la adaptación a la nueva situación, potenciando recursos personales/familiares o construyendo los precisos en todas sus necesidades.
- Prevenir y/o intervenir en las causas del sufrimiento, las preocupaciones que lo causan, sabiendo detectar las prioritarias para la persona y la familia.
- Enseñar habilidades de manejo a la familia para conducir y controlar la situación que se les ha presentado.

Son muchos y variados los soporte psicosociales que desarrollan trabajo social sanitario en el hospital: acompañamiento en toma de decisiones, ponderar el rol de algún miembro de la familia, preduelo y duelo, prevenir situaciones de riesgo, fomentar la participación de la familia en la toma de decisiones terapéuticas, atender a miembros vulnerables (cuidador-a, menores...), etc. Es de gran importancia que los que se desarrollen se escriban, y los demás profesionales los conozcan.

En el procedimiento hay que tener en cuenta la aplicación de las técnicas profesionales siguientes:

- Relación de ayuda.
- Escucha activa.
- Comunicación.
- Fomentar la motivación y las habilidades de manejo.
- Movilización de recursos personales/familiares y de apoyo social.
- Intervención en dificultades familiares.
- Determinar si el desajuste puede ser tratado por el profesional de trabajo social sanitario o precisa de otras intervenciones profesionales, en cuyo caso se realizará la derivación correspondiente, por ejemplo a psicología.
- No hacemos referencia a aspectos de ética porque se ha abordado en el crédito anterior, sólo recordad que en todas las intervenciones de trabajo social sanitario deben estar presentes; la ética es algo transversal en la intervención.

Otros procesos que se llevan a cabo, siempre a partir del diagnóstico social sanitario: protección jurídica (medidas cautelares, incapacidad legal...), traslados interhospitalarios (hospital crónicos, hospital rehabilitación, hospital comarcal...), atención a la muerte (situación necesidad, atención preduelo o duelo) ayudas técnicas (sistema sanitario, otras instituciones –Cruz Roja...), etc. También es de gran importancia que se escriban.

3.1.3. Coordinación

Puede comenzar en la primera fase del procedimiento y durar hasta el alta hospitalaria.

Considerándose un caso coordinado, según Gordon Hamilton (1951), cuando la intervención está siendo trabajada desde el principio por dos o más profesionales, bien sociales o sociales sanitarios.

Existen dos tipos de coordinación:

1) Interhospitalaria

Servicios médicos y unidades de enfermería: la forma práctica y eficaz para que el trabajo social sanitario esté integrado en el equipo asistencial del hospital es "acudir" a las sesiones con los especialistas y enfermería, como medio para planificar de forma interdisciplinar el trabajo a cumplir, la planificación del alta hospitalaria.

Especialmente en algunos servicios médicos queda justificada la presencia del trabajador social sanitario a dedicación completa, como neurología, geriatría, UCI, psiquiatría, traumatología, neurocirugía, diálisis, oncología, coronarias, cirugía vascular, etc. Ello viene justificado por el principio inspirador de la atención integral y por las complejidades sociosanitarias de las situaciones que se presentan.

Por otra parte, el trabajo social sanitario por su formación y ubicación en el hospital tiene capacidad para establecer la coordinación entre servicios y profesionales, en términos sanitarios se considera con una función "suturadora" (Dolors Colom) y debería ser reconocida como tal.

Otros servicios con los que mantener coordinación acordada: facturación, admisión y atención al paciente.

2) Extrahospitalaria

Además de la coordinación interhospitalaria necesaria para hacer la intervención de trabajo social sanitario, muchas veces es necesario trabajar de forma coordinada con otras instancias, como pueden ser atención primaria u otros recursos sociales o sanitarios.

3.1.4. Información y orientación

La asistencia integral dentro del sistema sanitario conlleva el desarrollo de las acciones necesarias para que la ciudadanía pueda conocer y acceder a todos aquellos recursos de los que dispone la comunidad. La información y la orientación en el trabajo social sanitario obedece a un estudio previo del caso social

sanitario y dentro de éste, ya sea con el diagnóstico social sanitario elaborado o con un prediagnóstico social sanitario, se informa y orienta a la persona. El servicio de trabajo social sanitario no es un servicio de información.

Los objetivos son los siguientes:

- Facilitar los canales y circuitos de acceso a la información.
- Identificar y proporcionar los recursos que no conoce la persona hospitalizada y/o familia.

El procedimiento se realiza mediante la utilización de la técnica de la entrevista:

- Informar y orientar sobre derechos, deberes y recursos sociales, sanitarios y socio-sanitarios existentes así como sobre la forma de acceder a ellos y su utilización adecuada.

3.1.5. Gestión de acceso a recursos y prestaciones

Hay situaciones de precariedad y necesidad para las que, una vez diagnosticadas y establecido el tratamiento clínico y social a seguir, se requiere activar recursos sociales, socio-sanitarios y comunitarios como respuesta al problema planteado.

Los objetivos son los siguientes:

- Posibilitar la rehabilitación e integración del individuo en su entorno habitual de procedencia.
- Garantizar la continuidad de los cuidados a través del ingreso en centros sanitarios o residenciales, en los casos en los que el retorno al domicilio de procedencia es inviable.

El procedimiento es el siguiente:

- Información y asesoramiento a la persona enferma, familia o personas próximas, de las características de los recursos disponibles.
- Ayuda y orientación en la cumplimentación de los impresos necesarios para la solicitud de recursos sociales (servicios y prestaciones), resolución de trámites, etc.
- Gestión activa en la preparación del expediente –o actualización de la documentación e información de trámites ya iniciados– y su tramitación pa-

ra la solicitud del recurso considerado como idóneo en el diseño del tratamiento social.

- Gestión directa (en el caso de persona enferma sin soporte o en aquellos casos en los que los recursos personales no le permitan actuar por sí misma o haya dificultades familiares) para la solicitud de recursos sociales, resolución de trámites, etc.

Es importante diferenciar entre gestión y administración (Dolors Colom):

"Gestión en el sentido amplio es el camino que sobre la base del método científico permite adecuar a los servicios y programas asistenciales que se van creando a las nuevas realidades presentes a la vez que permiten prever a medio y largo plazo las tendencias futuras. Gestión es sinónimo de flexibilidad".

Administración: consiste en aplicar normativas, casi siempre rígidas, que suelen ser imposibles de modificar aunque la realidad lo exija (por ejemplo, prestaciones del sistema sanitario, que son derechos conceptualmente iguales para todos, aunque a veces hay excepciones fundamentadas). Aplicar una normativa no significa atender necesidades, porque ni siquiera garantiza que se va a atender, porque puede pasar que una vez colapsado el servicio se inicia una lista de espera y provoque una posible discriminación.

Dolors Colom (2007). "La gestión de la atención sociosanitaria". En: Julio Villalobos. *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud* (págs. 83-95). Madrid: McGraw-Hill.

3.1.6. Derivación

Gordon Hamilton explicaba la derivación:

"Cuando una agencia A termina el tratamiento y trasfiere el caso coordinado a otra agencia B. Transferir el caso significa propiamente hacerlo con el consentimiento de la persona, entre trabajadoras sociales compartiendo el diagnóstico y tratamiento. Entonces ya hacía referencia, a su manera, al consentimiento informado actual".

Es decir, la derivación se hace **a partir del alta hospitalaria**.

El alta hospitalaria debe dejar de ser un procedimiento administrativo para considerarse un procedimiento asistencial interdisciplinar, altamente concreto, que comienza a definirse en el ingreso, en algunos casos incluso antes, como cuando éste se programa, y se termina cuando la persona regresa a su domicilio.

El retorno a casa supone tener cubiertas las necesidades psicosociales, materiales o asistenciales de la persona ingresada y de su núcleo de convivencia. Como se ha hecho referencia anteriormente, no es necesario trabajar **todas** las necesidades que se planteen, sino aquellos aspectos que obstaculizan el alta y que impiden a la persona trabajar con sus propios recursos en la búsqueda de alternativas. A modo de ejemplo, una persona con diagnóstico de ACV, que precisa ayudas técnicas, puede irse de alta sin la gestión de esas ayudas, siempre de acuerdo con la persona, si ha resuelto bien su proceso emocional de adaptación a la nueva situación y ella misma prefiere buscar las alternativas a la ayuda técnica en su propio domicilio.

Una derivación adecuada es básica para la continuidad, en ella el instrumento apropiado es el informe de trabajo social sanitario. (Dolors Colom. *Planificación del alta hospitalaria* –libro agotado–).

Señalamos que la principal función en la intervención desde el trabajo social sanitario es *educativa*, en cualquiera de sus intervenciones (individual, familiar, grupal, comunitaria), pues su finalidad es que las personas aprendan a tomar sus decisiones de forma autónoma respecto al cuidado de su salud.

Precisamente por ser educador, el mejor recurso que tiene el trabajador social sanitario es él mismo, su propia capacidad. Así, se centrará en la persona que atiende, mostrará respeto hacia sus valores y creencias y le permitirá tomar sus propias decisiones, fomentando su autonomía y participación.

El trabajo social sanitario, como forma de acción social, consciente, organizada y dirigida, se lleva a cabo en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario. Como estas cuatro realidades son diferentes entre sí, nos encontramos con pautas de estudio distintas para cada una de ellas. Así, el método de trabajo social sanitario aplicado tendrá su especificidad en cada una de las intervenciones, y en la selección de las técnicas más adecuadas.

Cabe aquí hacer una mención especial de Monserrat Colomer, conocida por su trabajo en el desarrollo del *método básico de trabajo social* como el instrumento para el conocimiento, la interpretación, la planificación y la evaluación de la realidad.

3.2. Función investigación

Sin investigación no hay cuerpo teórico, no hay evaluación. Es muy importante para el desarrollo del cuerpo teórico de TSS, colaborar y participar en estudios de investigación.

Esta se puede abordar desde distintos ámbitos:

- a) Atención primaria.
- b) Atención al paciente (grado de satisfacción –hay hospitales en los que esto lo trabaja la comisión de calidad–).
- c) El propio Servicio/Unidad de TSS mediante investigaciones concretas y los datos recogidos mensualmente o anualmente.
- d) Universidad.

Y siempre con el visto bueno de la Dirección, respetando escrupulosamente la ley (confidencialidad, protección, datos nominales disgregados...).

3.3. Función docente

Docencia:

- Asistencia y/o participación en cursos, jornadas, seminarios,
- Charlas que se organicen desde la jefatura, etc.
- Colaborar en publicaciones relacionadas con salud y trabajo social.
- Recopilación y organización de documentación y bibliografía.
- Colaborar con la universidad, con el departamento de trabajo social.

Si no existe, fomentar el convenio con la universidad y el sistema sanitario para que se reconozca la actividad docente del servicio y se remunere a los profesionales de trabajo social sanitario y al mismo hospital, como ocurre con las áreas médicas y las de enfermería.

La autoformación es imprescindible y básica para poder dar respuesta al quehacer profesional diario, y eso sólo depende de cada profesional.

3.4. Capacidad y perfil de los trabajadores sociales sanitarios en el hospital

Capacidad (RAE): Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para un buen ejercicio de algo.

Si entendemos la capacidad profesional como los recursos personales y aptitudes que debe tener una profesional para desempeñar su cometido, en el caso de los trabajadores sociales sanitarios, esa capacidad se enmarca en un perfil que no se mide en las oposiciones:

- Ser dinámicos y con iniciativa propia. Mostrar creatividad profesional: partiendo de que la jefatura debe marcar las líneas generales del servicio y conocer el contenido del trabajo de los profesionales, es posible hacer compatible con ello la creatividad e independencia de sus actuaciones y hacer propuestas de mejora.
- La responsabilidad va incluida en el contrato de trabajo, por eso se añade *el sentido* de la responsabilidad hacia la persona atendida y hacia el trabajo que desarrolla, como imagen de una institución pública. Entre otras cosas, respeto, no utilizar términos y expresiones inadecuadas como "tengo una persona ingresada", "mi hospital", anular los adjetivos posesivos. Es importante emplear una terminología técnica propia de trabajo social sanitario, como lenguaje y redacción diferenciada de otras profesiones. Taxonomía es la ciencia que trata los principios, métodos y fines de las clasificación. También tiene importancia el lenguaje, la manera de expresarse, el estilo, el modo concreto de hablar y escribir de cada persona –profesión, en este caso– o disciplina. Si es fácil reconocer que un texto se ha redactado en medicina, también debe ser lo mismo con el trabajo social sanitario.

- No atascarse en conflictos de comunicación con otros profesionales. Al contrario, utilizar técnicas para mejorar la relación con ellos.
- Emplear una terminología técnica, propia del trabajo social sanitario. Taxonomía es la ciencia que trata los principios, métodos y fines de la clasificación. Tiene gran importancia el lenguaje, la manera de expresarse, de saber sintetizar. Si es fácil reconocer un texto escrito por un médico, debe serlo igual cuando es por un trabajador social sanitario. No es fácil, se tiene tendencia a "largas redacciones".
- Presentar habilidades de negociación y mediación.
- Mostrar interés y curiosidad profesional.
- Ser tolerante ante la frustración. Manejar el estado emocional propio, catarsis, antes de que le pueda repercutir física y psicológicamente. Posibilidad de supervisión, especialmente en algunos servicios, como UCI, oncología...
- No entrar en escalada verbal con las personas atendidas, nunca resuelven la situación. Nunca hacerle sentir culpable aunque crea que tiene "razón". Y no ratificar ni verbalizar las críticas que hagan de otros profesionales. Pero sí manifestar, por ejemplo, "veo que esta usted muy enfadado", etc.
- Tener siempre, en un principio, un trato de "usted" con todas las personas; posteriormente, si lo autoriza la persona el trato puede ser otro. La empatía no tiene por qué ser un trato de "tú". Saber técnicas de manejo de situaciones difíciles y técnicas de comunicación, basar la intervención en la calidad relacional.
- Inmediatez. Ser ágiles en la investigación, saber registrar con eficacia. Es la dinámica del ámbito hospitalario, y que acompaña el quehacer diario. Hay que ser consciente de ello, y es necesario hacerla compatible con que no se convierta en estrés y que a la vez sea científica.
- Manejo de estrés. El ámbito hospitalario es estresante, no sólo para las personas y sus familias sino también para los profesionales, por eso es de gran importancia saber técnicas de catarsis personal y tener supervisión.
- Saber sintetizar situaciones y transmitir información esquemática. No hay que informar de *todo* lo que se conoce de la persona. Hay que utilizar diagnósticos sociales sanitarios. Y terminología profesional. El tiempo es una herramienta de trabajo que hay que saber distribuir, aparte de que hay datos que no aportan nada a otros profesionales a la hora de hacer un trabajo interdisciplinar.

- Interés para preguntar acerca de lo que no conozca, para evitar informaciones erróneas, así como aprender de la experiencia. Y que sepa compartir situaciones nuevas y su abordaje con el resto del equipo.

3.5. Valores como propiedades del hacer profesional del trabajo social sanitario

3.5.1. La atención individualizada

Un ingreso hospitalario repercute de forma general:

- En el ámbito familiar. Desde que se pueden alterar los roles dentro de la familia hasta la dinámica de la misma, pasando por sobrecarga, preocupación (aumenta la tensión, a veces no están en condiciones de escuchar nada), cansancio (síndrome cuidador que repercute en la relación de pareja, relación con los hijos, proyectos propios, salud mental, etc.).
- En el ámbito laboral. Incapacidad, abandono o riesgo de pérdida, o repercusión en los estudios de los hijos.
- En el ámbito económico. Un ingreso hospitalario le supone a la familia gastos extraordinarios, por muy cerca geográficamente que se encuentre el hospital.
- En el ámbito afectivo. En especial si hay menores, adolescentes u otros miembros de la familia dependientes, o vulnerables a la ausencia de uno de los padres, o cuidadores, así como la muerte de un ser querido.

Un ingreso hospitalario, incluso los programados o de corta duración, es una situación de crisis, de temor, de inseguridad.

Por tanto, esto da fundamento a diversos cometidos del profesional del trabajo social sanitario:

- Trabajar desde la empatía y la sensibilidad ante circunstancias que pueden provocar desajustes situacionales (diagnóstico irreversible, desconocimiento por parte de la familia de los cuidados a prestar y/o de los recursos existentes, etc.), considerando al ingresado como una persona única en todo momento, respetando su dignidad, así como su proceso individual.
- Colaborar en atender a una persona hospitalizada no significa sólo suministrar fármacos, o intervenir quirúrgicamente, sino también saber hacer escucha activa, comunicación interpersonal, considerándolas como me-

dio terapéutico, es decir, como una profesión, con el propósito de acompañarle durante el proceso y aliviar su sufrimiento.

- Permitir que se verbalice un problema, un conflicto, es dar un paso en la aclaración de la propia situación, con lo que se comienza a sentir la sensación de acogida.
- Tener presente que, sobre la base de su derecho de autonomía, su valoración y toma de decisiones es esencial, así como su autorización para otras gestiones o intervenciones.

Para poder realizar intervención individual/familiar es necesario conocer *teoría y técnicas de comunicación*, conocer qué elementos intervienen en la comunicación, cómo mejorarla, por qué fracasa.

El hospital es un lugar de tensión, incertidumbre, por lo que siempre hay que intentar mantener una comunicación tranquila, que favorezca el entendimiento con la persona ingresada y sus allegados, quienes muchas veces no tienen la estabilidad emocional para entender lo que se les dice.

Desde el trabajo social sanitario, como profesionales, enfatizaremos de nuevo la importancia de las técnicas de comunicación aplicadas como algo básico (se describen a continuación), entendiendo no sólo el lenguaje verbal, sino también el gestual (según la teoría de los sistemas, lenguaje corporal, no verbal) y favoreciendo la empatía. Se debe conocer la profesión, entre otras cosas, para facilitar la comunicación entre las personas atendidas y los profesionales:

- Proceso de resolución de problemas.
- Técnicas de transmisión de información y apoyo emocional.
- Habilidades profesionales en la intervención.
- Técnica básica de primera entrevista.
- Conocer zonas de hipersensibilidad alrededor de la muerte/fracaso.
- Técnica de tratamiento según Florence Hollis.
- Técnica de desarrollo de habilidades.
- Entrevista de mediación.
- Técnica de capacitación, de expresión, de análisis, de desarrollo de habilidades.
- Etc.

3.5.2. La atención integral

En la atención integral cabe destacar los siguientes aspectos:

- La intervención desde el trabajo social sanitario debe estar dirigida a la persona, entendida ésta como la unidad biopsicosocial, teniendo en cuenta la interrelación existente entre las diferentes dimensiones del ser hu-

Referencia bibliográfica

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework. A psycho-social therapy*. Boston: McGraw-Hill.

mano, así como la interdependencia existente entre la persona y el ambiente total.

- La familia de soporte, por ella misma, forma parte del tratamiento y no está sólo para que "obedezca" las indicaciones de cuidado que requiere la persona enferma, también debemos atenderla, cuidarla.

En la intervención con actuaciones integradas:

- Evitaremos centrar la actuación en el aspecto puramente asistencial o curativo. La práctica profesional estará orientada desde una perspectiva constructiva que abarque todo lo que suponga el tratamiento, la intervención, así como la coordinación entre ámbitos. La persona es un todo, y es necesaria la interdisciplinariedad para poder atender de forma integral.

3.5.3. El trabajo en equipo

Dentro del servicio de trabajo social sanitario, hoy en día es común afirmar que la experiencia y el esfuerzo del conjunto siempre son superiores a los de una persona sola.

Teniendo en cuenta la importancia de este criterio, se considera el trabajo en equipo dentro del servicio de trabajo social sanitario como una *necesidad básica*, y así se debe trabajar, en este sentido, para conseguir que cada uno de los componentes, aporte sus informaciones y competencias, así como las formas y modalidades propias de su hacer propio, y las integre en el esfuerzo común con el fin de enriquecer al conjunto, facilitando así la alternativa de los problemas y la toma de decisiones, y contribuyendo a la consecución de los objetivos del equipo.

Esto facilita que cuando algún profesional no se encuentre presente en el hospital, la persona atendida no note nada en la continuidad de la atención. Por lo tanto, vamos a evitar documentaciones y archivos individuales. La persona, el cliente, es el centro, el protagonista del sistema sanitario. Cada profesional aporta su creatividad profesional, pero la relación con los servicios no debe cambiar dependiendo de quien trabaje, sino que se debe dar respuesta como labor del servicio de trabajo social sanitario

Recomendamos que las plazas de trabajo social sanitario no estén asignadas "laboralmente" (plaza en propiedad) a ningún servicio médico. Cada profesional del servicio debe tener conocimientos y, por tanto, estar en condiciones de atender cualquier servicio en distintos momentos. Lógicamente, la dedicación diaria a un servicio médico implica un mayor conocimiento. Pero, atendiendo a la estructura y funcionamiento de nuestros servicios actuales, señalamos la importancia de elaborar los manuales de funcionamiento en cada servicio (estructura, dinámica, contenido, patologías...) que favorezcan la continuidad de

la atención por parte de cualquier profesional del trabajo social sanitario. Este marco puede cambiar en el momento en que se vayan creando especialidades dentro del mismo trabajo social sanitario, como se ha venido señalando en los créditos anteriores.

De ahí también la importancia de generar documentos (procedimientos, procesos, protocolos), archivos comunes y todo ello, siempre, con soporte informático.

Debemos clarificar la relación con los distintos servicios médicos, unidades de enfermería u otros servicios del hospital, como admisión y atención al paciente, etc.

La herramienta operativa de la interdisciplinariedad es el trabajo en equipo, es decir, profesionales de distintas disciplinas que trabajan en el mismo espacio, que están ante necesidades y/o situaciones a resolver y que trabajan con objetivos comunes, métodos complementarios y están obligados a hacerlo de forma cohesionada.

Hoy en día las situaciones que se atienden en los hospitales son muy complejas, por ello es necesario abordarlas desde un equipo interdisciplinar. La complejidad de los casos no puede afrontarse desde una sola disciplina, pero no es fácil cambiar del método individual al método en equipo. Para trabajar en equipo es necesario:

- Distribuir tareas conociendo quién es responsable de cada una.
- Interesarse por las tareas de los demás.
- Tener capacidad de evaluación, sin sentirse criticado.
- Alguien, con capacidad de evaluar, responsable de:
 - Reconocer resultados.
 - Pedir sugerencias.
 - Explicar qué se hace y por qué se hace.
 - Facilitar alternativas.

Particularidades del trabajo en equipo:

- Se comparten responsabilidades y tomas de decisiones.
- Hay congruencia informativa hacia la persona ingresada y a la familia/sosporte.
- Se reduce la incertidumbre de la persona ingresada y de la familia.
- Aumenta la participación, y por lo tanto facilita la adaptación de la persona ingresada a su nueva situación.
- Mejora la coordinación entre ámbitos.
- Se mejora la calidad relacional, y por tanto la calidad asistencial.
- Satisfacción profesional.

Dificultades para trabajar en equipo:

- Jerarquización.
- Estructuras rígidas.
- Falta de tiempo. A veces, organización inadecuada.
- Desconocimiento del ámbito de trabajo de los otros.
- Hay que cambiar actitudes, aptitudes y hábitos viejos.
- En una concepción actual de la atención sanitaria, caracterizada por el binomio asistencial-biológico (aunque en la teoría y en la documentación conste biopsicosocial), es trabajoso funcionar como un equipo. Suele ocurrir que alguien es el más generoso.

Los avances suelen ser cualitativos y muy lentos, y ante la falta de apoyos establecidos para ello, suele depender de actitudes personales. Estas son necesarias, pero se debe intentar trabajar en equipo desde su concepción teórica, llegando a acuerdos de coordinación –programa de la planificación del alta hospitalaria u otros (Dolors Colom).

No es una utopía, es un método de trabajo distinto al actual que repercute positivamente en los profesionales y en especial en las personas que se atienden.

4. Funciones de la jefatura del servicio trabajo social sanitario en el hospital

Existen diferentes áreas en el trabajo social sanitario: área de procesos, área de gestión de recursos humanos, área de información y estadística, área de formación y docencia, área de calidad.

No es lo mismo jefatura que coordinadora. Es competencia general de la jefatura gestionar el servicio de trabajo social sanitario en todos sus ámbitos, preferentemente con el soporte y evaluación de la dirección-gerencia, entendiendo que el servicio de trabajo social sanitario depende directamente de la dirección-gerencia.

Funciones de la jefatura del servicio trabajo social sanitario en el hospital:

a) Planificar:

- Identificar las necesidades para prever los cambios adecuados y contribuir a la racionalización de recursos.
- Trazar los programas de acción, mediante el establecimiento de las líneas generales y la elección de procedimientos específicos.
- Elaborar sistemas de información y de registro de datos.
- Fijar los objetivos anuales del servicio.
- Representar al servicio de trabajo social sanitario dentro y fuera del hospital.
- Establecer el calendario de vacaciones, según las indicaciones del departamento de personal, así como todo aquello que concierne a la situación laboral (bajas, permisos, etc.).

b) Organizar:

- Agrupar y clasificar los procesos de intervención social.
- Plantear el sistema de ordenamiento de los soportes documentales utilizados.
- Distribuir las tareas y asignar responsabilidades entre las profesionales.

- Promover la formación continuada sobre la base de la formación individual y currículum vitae de los profesionales.
- Fomentar la docencia con alumnos y alumnas.
- Fomentar la investigación.

c) Evaluar:

- Analizar el trabajo social sanitario realizado, supervisando periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos planteados.
- Diseñar las líneas generales para la elaboración de la memoria anual de actividades y valoración de la explotación de indicadores de gestión mensuales.
- Elaborar proyectos de investigación sobre aspectos que se consideren necesarios.
- Evaluar la calidad asistencial del servicio.

5. Funciones del personal administrativo del servicio de trabajo social sanitario

Va implícito en el desarrollo del quehacer profesional del trabajo social sanitario cubrir ciertas tareas administrativas, como en cualquier otra profesión, pero eso es muy diferente a cumplir funciones de profesional administrativo. El quehacer profesional, entre otras cosas, obliga a la movilidad constante de los profesionales fuera del servicio, por lo que se requiere un administrativo a jornada completa que facilite los siguientes aspectos:

- Rentabilizar el tiempo.
- Disponer de la información registrada en tiempo real.
- Contar con un soporte de instrumentos en la unidad que haga más eficiente el trabajo, etc.

Sus funciones se desarrollan de cara a los profesionales del servicio, a los servicios del hospital y a las personas que se dirigen al servicio. Para ello desarrollan las siguientes tareas:

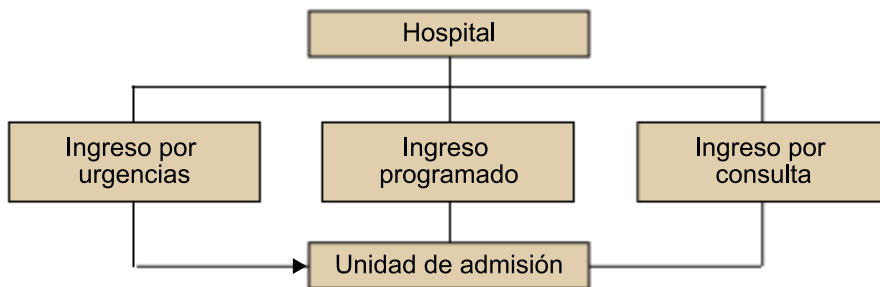
- Recogida de llamadas telefónicas, así como las demandas que llegan al servicio, imprimir fichas de ingreso y coordinarlas de forma personal o telefónica con los profesionales e informar adecuadamente a quien haya presentado la demanda. Es de gran importancia su capacidad de *acogida* a las personas que llegan a la unidad, así como la capacidad de comunicación para saber percibir sus demandas y orientarlas. El trato a dispensar deberá ser de "usted", a no ser que le autoricen a lo contrario.
- Facilitar por la mañana información de la base de datos a todos los profesionales respecto a los ingresos hechos en los distintos servicios médicos y otras incidencias. Reparto de correspondencia y distribución de hojas de interconsulta.
- Colaborar en la tramitación de gestiones dentro y fuera del hospital: enviar y/o recibir faxes, hacer fotocopias, ayudar a resolver dificultades de los programas informáticos, apoyo en los traslados.
- Formalizar los pedidos al almacén por ordenador.
- Redactar escritos por ordenador.
- Mantener organizado el servicio:
 - Solicitar impresos u otros documentos dentro y fuera del servicio.
 - Archivarlos.
 - Comprobar el material de oficina: folios, tóner, etc.

- Manejar el ordenador y la impresora, avisar al servicio de informática.
 - Mantener actualizada la guía de recursos sociales en la base informática.
- Organizar soportes documentales, como folletos, actas, escritos recibidos, enviados.
- Mantener el archivo bibliográfico común actualizado, así como leer los boletines oficiales e informar a los profesionales.
- Registro y control del programa de traslados a centros hospitalarios o residenciales.
- Manejo de la historia informatizada de trabajo social sanitario. Transcribir en las historias lo que los profesionales hayan grabado en el dictáfono.
- Construcción de informes de trabajo social sanitario por indicación de los profesionales del servicio.
- Datos estadísticos: explotación temporal de los datos de la historia informatizada de trabajo social sanitario:
 - Mensual. Indicadores de gestión por profesionales.
 - Semestral. Como preparación progresiva a la memoria anual, preparación de los gráficos.
 - Anual. Memoria definitiva anual.
- Aquéllas que faciliten el trabajo diario de los profesionales y la jefatura le indique dentro de sus competencias. Y, al igual que el resto de profesionales, el administrativo está sometido al secreto profesional y a la confidencialidad de todo lo que se desarrolle en el servicio.

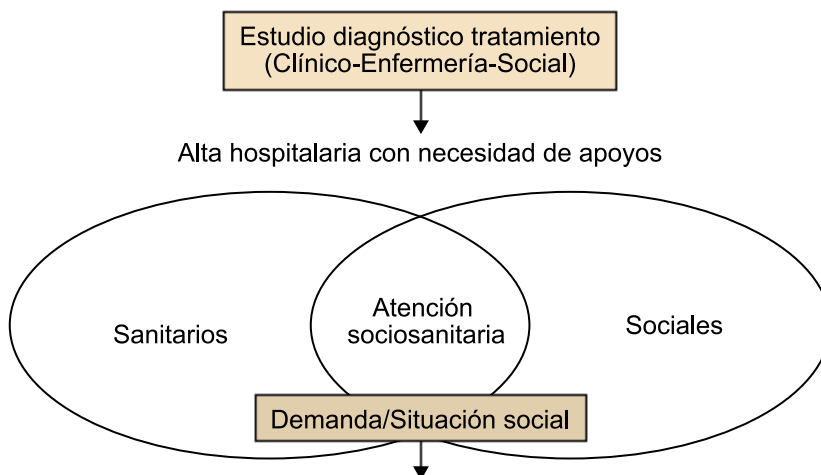
6. Circuito de la intervención del trabajo social sanitario

La intervención individual/familiar en el ámbito hospitalario exige un planteamiento de coordinación obligatoria con la atención primaria del sistema sanitario, y utilizar como instrumento básico el informe de trabajo social sanitario al alta hospitalaria. Éste es un indicador de calidad.

La persona atendida no está interesada en los límites que puedan estar establecidos entre atención primaria y atención especializada. Ella quiere ser atendida, quiere soporte en la búsqueda de las alternativas que necesite, quiere evitar su sufrimiento, por ello es obligación profesional establecer la coordinación con la atención primaria sanitaria.



(Recogida de datos de identificación, cobertura sanitaria, diagnóstico previo, ubicación dentro del hospital: servicio médico, planta, habitación)



Circuito básico de la intervención desde trabajo social sanitario

Procedencia	
Interna	Externa
<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de trabajo social sanitario. • Servicios médicos. Unidades de enfermería. Servicio de admisión, facturación. Otros: farmacia, celador. • Persona. Enfermería. Familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema sanitario. • Centro de salud. • Centros de salud mental. • Servicios sociales. • Otros recursos comunitarios.

Intervención			
Priorización	Criterio	Proceso sanitario – procedimiento o protocolo social sanitario	Derivación
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatología • Neurocirugía • Neurología • Geriátrica • Cardiología • Medicina interna • Oncología • Psiquiatría • UCI • Urgencias • Otros 	<p>Disponer de indicadores de riesgo en función de los servicios médicos</p> <p>Posible problema social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socio-familiar • Sanitario • Vivienda • Hospitalización y tratamiento • Cobertura sanitaria • Economía • Trabajo • Colectivos • Promoción social • Instrucción • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo social sanitario de caso, <i>casework</i> • Trabajo social sanitario familiar • Trabajo social sanitario de grupo. • Trabajo social sanitario comunitario • Planificación del alta sanitaria, (integrando la atención primaria) • Otros 	<p>Externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensuadas con la persona enferma y/o familia • Centro socio sanitario • Servicio de trabajo social • Organismos • Instituciones • Otros <p>Coordinación. Derivación</p>

Pilares de la intervención en el trabajo social sanitario

Mediante la utilización de técnicas propias del trabajo social sanitario, como la observación sistematizada, el diálogo intencionado, las entrevistas estructuradas, la relación de ayuda, la movilización de recursos personales/familiares y el apoyo social, y de todo aquello que comporta el conjunto de una buena práctica profesional –además del permanente contacto con los distintos servicios médicos y diferentes profesionales sanitarios–, se van captando las necesidades reales de la persona enferma hospitalizada, sus propias dificultades y las del entorno familiar y social, así como su interrelación, a fin de establecer una continua evaluación de la prestación desde el trabajo social sanitario.

El personal de enfermería y medicina, como responsables de la persona ingresada, deben conocer la intervención del trabajo social sanitario, para poder trabajar en coordinación. Cada hospital adecuará su organización de recursos humanos, sobre todo los del servicio de trabajo social sanitario, para que se pueda satisfacer la condición de asistencia integral.

Ya se ha visto que la forma de captación puede ser por servicios médicos, por GRD o por factores de riesgo sociosanitario.

De la misma manera que una fractura la puede ver cualquier persona, hasta que el traumatólogo no ha hecho su investigación no hay un diagnóstico médico. En el trabajo social sanitario, hay datos que conoce todo el mundo (indi-

cadore de riesgo sociosanitario), que todos los profesionales deberían conocer para derivarlo y hasta que el TSS no haya hecho el diagnóstico no se sabe si hay o no problema, porque el único profesional competente para ello es él.

Las situaciones de riesgo sociosanitario se deben registrar, y esperemos que algún día haya una homologación de ellas a nivel nacional, porque estos indicadores se generan de la praxis profesional.

Estos indicadores pueden presentarse tanto en urgencias como en la hospitalización o en las consultas, de ahí la importancia de que el trabajador social sanitario tuviera en los hospitales el mismo horario que los sanitarios de 24 horas.

Situaciones de riesgo sociosanitario (personas adultas, menores). Prioritarias:

- Situaciones invalidantes/dependientes (que puede ser por patologías, ACV, por ejemplo).
- Persona que vive sola (junto otros indicadores).
- Más de 65 años junto con otros indicadores (enfermedad crónica, reingresos, fracturas), personas con enfermedades crónicas que se van deteriorando.
- Desplazados de su residencia habitual (dentro y fuera de la comunidad autónoma).
- Sin soporte familiar o con dificultades o problemas familiares.
- Presunción de agresiones, o malos tratos.
- Cuidador principal de edad avanzada o enfermo, o pareja de edad similar.
- No adaptación a su nueva situación.
- Reingreso (tres en seis meses).
- Terminales. Paliativos. Procesos del morir y de muerte.
- Dificultades con la cobertura sanitaria.
- Falta de recursos personales.
- Politraumatizados. Accidentes de tráfico, laborales, otros.
- Discusiones éticas.
- Enfermedad mental.
- Otros.

Y, además de estas, otras se consideran urgentes o preferentes de atención por parte de trabajo social sanitario:

- Fallecimiento sin familia.
- Persona inconsciente sin soporte.
- Traslado a otra comunidad autónoma y/o centro sanitario.
- Identificación de interlocutor, o tutor.
- Fallecimiento en situación de necesidad.
- Malos tratos / agresiones (adultos o menores).

De forma general se pueden describir los problemas sociales según varios criterios:

a) En relación con la familia:

- Persona de edad avanzada o dependiente, especialmente con inexistencia de familiares o cuyo el cuidador presenta limitaciones funcionales y/o sociales.
- Persona que presenta problema de soledad.
- Vive en un ámbito residencial, pensión, centro terapéutico o gerontológico.
- Que sea necesario identificar o localizar al interlocutor válido, ya sea familia o tutela.
- Persona que vive en otra comunidad autónoma o que se va a desplazar, con dependencia de otros.
- Relaciones familiares dificultosas.
- Otros.

b) En relación con la salud:

- Accidente: de tráfico, laboral u otros (mordedura de perro).
- Presunción de agresión (menores, mujer, persona de tercera edad). Violencia doméstica.
- *Exitus* que requiera apoyo emocional u orientación sobre trámites.
- *Exitus* en situación de necesidad.
- Persona susceptible de solicitar el reconocimiento de minusvalía.
- Persona dependiente.
- Apoyo en diagnósticos difíciles. Situaciones de crisis. Dependencia reciente.
- Persona que necesite traslados a centros sanitarios de otra comunidad autónoma o dentro de la propia comunidad.
- Otros

c) En relación con la salud mental:

- Persona con toxicomanía.
- Enfermedad mental.
- Intentos autolíticos.
- Situaciones de crisis (entre otros síndrome del cuidador).
- Otros.

d) En relación con la cobertura sanitaria:

- Sin cobertura: alta sin gestionar administrativamente, o carente de cobertura.
- De alta en otra comunidad autónoma.

- Otros.

e) En relación con el tratamiento:

- Alta voluntaria y necesidad intervención / no aceptación del alta.
- Reingresos frecuentes.
- Prestaciones propias del hospital (dieta de acompañante, televisión).
- Necesidad de voluntariado.
- Persona o familia que tiene dificultad para adaptarse y/o asumir nuevas situaciones.
- No aceptación de tratamiento por dificultades del entorno, o no aceptación de la enfermedad.
- Solicitud de últimas voluntades (testamento) o matrimonio.
- Colaboración en planteamientos éticos.
- Deseo de hacer últimas voluntades (sistema sanitario).
- Soporte de prestaciones del Servicio Navarro de Salud u otras instituciones como mutuas, compañías aseguradoras, por ejemplo: silla de ruedas, muletas.
- Otros.

f) En relación con la promoción social:

- Persona interna en centro penitenciario.
- Persona perteneciente a una minoría étnica, extranjera.
- Persona transeúnte.
- Persona con dificultad o falta de recursos personales.
- Otros.

g) En relación con el trabajo:

- Persona activa laboralmente que no tenga soporte familiar con dificultades para gestionar la incapacidad temporal, u otra situación.
- Persona que necesite alguna coordinación con el INSS o inspección médica / SNE.
- Persona que no perciba ningún ingreso.
- Otros.

h) En relación con los aspectos económicos:

- Trámites económicos sin delegar.
- Gestiones en entidades bancarias.
- Gastos extraordinarios.
- Otros.

Además, todas aquellas situaciones que otros profesionales sanitarios necesiten consultar o intercambiar valoraciones.

El trabajo en el hospital exige ser consciente de que es un ámbito terciario de intervención dentro del sistema sanitario, por lo que se requiere un diagnóstico social sanitario y una intervención propia, y dejar para la atención primaria lo que corresponda, siendo la coordinación y la derivación una de las actuaciones básicas. Es incluso un criterio de justicia social y un criterio en cuanto a rentabilizar la intervención profesional de cara a la institución en la que se trabaja. La responsabilidad profesional delimita el ámbito de trabajo al medio en el que tiene lugar. Ya se ha dicho que el tiempo es un instrumento de trabajo, y las funciones propias del ámbito hospitalario son las que se han definido y no otras que corresponderían al ámbito de atención primaria u otros ámbitos.

Una asignatura pendiente es la cuantificación del tiempo en las actividades correspondientes, en especial la complejidad de los casos que se atienden, con sus procesos y técnicas apropiadas, como diagrama de Gantt, malla Pert, escala Lickert entre otros. Es el futuro, y servirá para evaluar la calidad y para programar.

Además del plano individual y familiar, no podemos olvidar el trabajo social sanitario grupal como un recurso óptimo, tanto para las personas afectadas como para sus familiares. El trabajo social sanitario de grupo está menos desarrollado, pero es necesario y benéfico.

Sería lógico que en el futuro el trabajo social sanitario estuviera incluido en el catálogo de servicios del Sistema nacional de salud con sus procedimientos y procesos.

7. Instrumentos básicos de trabajo social sanitario

7.1. Historia informatizada de trabajo social sanitario

Hoy día la historia clínica es un instrumento de coordinación entre niveles y en cada nivel. La persona debería tener una misma historia, pero en el hospital la historia clínica –incluida la historia de trabajo social sanitario– es una atención puntual y en atención primaria es una atención continuada; de ahí que su estructura varíe.

A la hora de hablar de la historia informatizada del trabajo social sanitario en el ámbito hospitalario hay que hacer referencia a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Cada profesional tendrá la referencia legal de la comunidad autónoma donde trabaje.

Por ejemplo en Navarra, la Ley foral del 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos y deberes [...]. *Boletín Oficial de Navarra*, 45. –la documentación clínica en el punto c) hace referencia a los datos sociales de la misma–, y la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente.

Uno de los retos importantes que tiene el trabajo social sanitario es el de compartir con otros profesionales la información escrita que como tales utilizan. Supone inseguridad. Hay que destacar la importancia del rigor a la hora de recoger datos, de disponer de indicadores sociales que se puedan registrar. El futuro de la historia de trabajo social sanitario es que esté informatizada, integrada en la historia clínica.

La historia no es propiedad de nadie, los datos pertenecen a la persona atendida. Se debe ser muy exigente con la vulnerabilidad de los mismos, respetar la confidencialidad y la intimidad. Hay que ser consciente de los objetivos de la historia. Una estructura adecuada (hacer asistencia e investigación) para hacer la intervención y conseguir los objetivos marcados.

"El atenuamiento de una historia clínica a la realidad que debe describir –la enfermedad de un hombre– le concederá su idoneidad; la fidelidad de la narración a la estructura canónica del relato, la hará íntegra; por el cumplimiento de las dos intenciones narrativas y la buena observancia de las prescripciones retóricas, llegará a ser clara, precisa y elegante. Idoneidad, integridad, claridad, precisión, elegancia: he ahí el nombre de las virtudes que constantemente debe proponerse el patógrafo. Ellas son, por otra parte, la más firme garantía del progreso en el arte de ver, oír, entender y describir la enfermedad humana".

Pedro Laín Entralgo, humanista, escritor incansable y extraordinariamente prolífico. Su producción, además de extensa, aborda temas muy diversos y en ella encontramos, obras médicas, filosóficas, biografías e incluso algunas obras de teatro.

Poco a poco en las distintas comunidades autónomas se va informatizando la historia clínica. En diciembre del año 2008 tuvo lugar en Madrid el I Foro sobre la Historia Clínica Electrónica del Sistema Nacional de Salud.

El proyecto de la Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (HC-DSNS) tiene como finalidad garantizar a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios el acceso a aquella información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos quede restringida a quien está autorizado para ello. No hace referencia a los aspectos sociales ni a la intervención desde el trabajo social sanitario, no obstante, alguna comunidad autónoma sí tiene incluidos, en la normativa desarrollada, los aspectos sociales como parte de la documentación clínica, como la Comunidad Foral de Navarra.

La historia del trabajo social sanitario en el hospital debe estar integrada en esa historia clínica informatizada, si se tienen presentes las cualidades que a ésta le asignaba el Dr. Pedro Laín como soporte de la atención integral y reconocida como tal. (Normativa nacional o autonómica respecto al tratamiento de los datos sociales).

También se establece como derecho del paciente y obligación del personal asistencial (según la legislación vigente) que los datos sociales correspondientes al proceso asistencial estén incluidos en la historia clínica de cada persona.

- Capítulo V, artículo 15, 1: "[...] Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales".
- Capítulo V, artículo 15, 3: "La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella".

Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Quien utilice la historia clínica informatizada (incluida la historia informatizada de trabajo social sanitario) debe saber que está sujeto a auditorías periódicas, en aras a vigilar el cumplimiento de la confidencialidad de la misma y que puede tener consecuencias muy graves la inadecuada utilización de la misma, incluso penales.

La historia informatizada de trabajo social sanitario debe tener una estructura que facilite el desarrollo de la atención prestada y que resulte a la vez ágil para la profesional que la utiliza. En la misma se debe utilizar una taxonomía profesional, evitando toda aquella terminología que no contribuya a la atención, como juicios de valor, opiniones personales, afectos individuales. El hacer profesional también se refleja en la redacción de las historias de trabajo social. Todo esto ya se ha indicado en el perfil profesional en este crédito.

El hecho de estar informatizada la historia no sólo debe servir para atender con calidad, sino que también debe facilitar la explotación de datos, por servicios, por problemas, por recursos utilizados, etc., de forma mensual (como indicadores de gestión) y de forma anual –la memoria. Pero no debe cargarse de tantos aspectos que dificulte su manejo. Se corre ese riesgo. No se le puede pedir a la historia informatizada imposibles.

La historia informatizada de trabajo social sanitario incluida dentro de la historia clínica **profesionaliza** de alguna manera la intervención de trabajo social. La historia social informatizada incluida en la HCI es distinta a la de atención primaria en su estructura y en su dinámica; la del hospital atiende procesos de ingresos, la de AP atiende continuidad.

7.2. Informe de trabajo social sanitario

A partir de la historia informatizada de trabajo social sanitario debe generarse el informe de trabajo social sanitario, que quedará incluido en el proceso de atención. Al igual que en medicina, el informe de trabajo social sanitario debe facilitarse a la persona atendida y debe ser útil para establecer la coordinación con la atención primaria del centro de salud.

8. Recursos humanos

8.1. Jornada laboral: gestión del tiempo

La jornada laboral debe establecerse según el calendario anual y las indicaciones de la dirección de personal. Los recursos humanos del servicio de trabajo social sanitario se calcularán según los objetivos del hospital y siempre pensando en las prestaciones de trabajo social sanitario. Veamos a continuación las actividades que implica la prestación de servicios:

- Actividades a programar.
- Preparación del trabajo diario:
 - Obtención de listados por servicios. Captación de situaciones de riesgo-socio-sanitario (tipo de usuario, edad, diagnóstico).
 - Registro de datos: historia informatizada de trabajo social sanitario.
 - Documentar: elaboración de informes sociales, etc.
 - Establecer contacto con recursos, gestiones, correo electrónico, etc.
- Sesiones interdisciplinarias y de gestión.
- Reuniones/bibliografía.
- Organización y actualización de soportes documentales (guía de recursos, legislación, impresos, trípticos, etc.).
- Visita a las plantas, servicios, unidades médicas.
- Actividades de despacho: entrevistas, gestiones, informes de trabajo social sanitario, etc.
- Actos profesiones (continuación):
 - Entrevistas.
 - Gestiones.
 - Documentar: elaboración de informes.
 - Interconsultas.
 - Evaluaciones periódicas.
- Reuniones, etc.
- Visita a centros para conocerlos.

- Registro electrónico de datos: historia de trabajo social sanitario.
- Otras actividades, como sesiones de trabajo, visitas comunitarias.

8.2. Posibles interferencias en la organización de la jornada

Para la planificación del trabajo debemos tener en cuenta algunas dificultades que pueden interferir en ella:

- No poder contactar con el profesional responsable del caso; tanto dentro del hospital como fuera de él.
- Imposibilidad de coincidir con familiares de referencia.
- Puede que la persona enferma no esté en condiciones físicas o psíquicas de colaborar en el momento que dispone la profesional, etc.
- Necesidad de tiempo para hacer valoraciones diagnósticas sociales.
- Necesidad de tiempo para cumplimentar las historias de trabajo social sanitario.
- La diferencia que existe entre jornadas laborales.

Estos motivos nunca deben justificar la ausencia de un orden diario. Es importante tener una organización mínima, entre otras cosas para disponer de un orden que prevenga en lo posible el estrés. Hay que intentar no dedicar tiempo a gestiones que pueda hacer el administrativo: enviar un fax, trasladar documentación a admisión, etc.

Cada profesional, de acuerdo con el servicio que atiende, debe disponer de un propio *planning* acordado con la jefatura e informar al resto de profesionales de cualquier cambio. Estará incorporado en el manual de estilo interno construido para ello.

Es positivo para los servicios conocer los horarios del servicio de trabajo social sanitario. Los profesionales deben saber decir que no, de manera que sea compatible con dar respuesta, pero con orden; y tienen que crear una organización propia. Si alguien tiene dificultades para ello, se trabaja junto con la jefatura y se valora, para tomar decisiones. Los servicios son limitados, algunos servicios sanitarios tienen una larga lista de espera.

Se suele hacer referencia en la bibliografía a varias situaciones que originan pérdida de tiempo:

- Dar vueltas.
- Buscar cosas extraviadas.
- Interrupción del tiempo por divagar.
- No escuchar o no entender lo que dicen otros.
- Falta de planificación y calendario.
- Pausas excesivas.

- Asuntos no prioritarios.
- Aplazamiento de tareas que no gustan.
- Permitir interrupciones constantes.
- Disposición ineficiente del despacho.
- Dejar tareas sin terminar.
- Hacer trabajos de otros.
- Necesidad de acudir a resolver imprevistos.
- Asuntos personales.
- Actitud indiferente al trabajo.
- Carencia de procedimiento.
- Falta de concentración.

Señalamos la importancia del autocuidado de los profesionales: el hospital y su dinámica no son agresivos o "duros" sólo para las personas atendidas y sus familias, también pueden serlo para quienes trabajan en él, más aún cuando se trabaja con mucho "ruido" –no precisamente físico–, que también lo hay en el servicio, y con constantes interferencias. La supervisión es importante.

Intentaremos que se gestione la inmediatez, la rapidez y las interferencias. Todo ello va implícito en la propia dinámica del servicio, pero se puede amortiguar y hay que evitar el estrés.

En el documento *Herramienta de diagnóstico e intervención social*. Gobierno Vasco, Vitoria, podemos leer lo siguiente:

"Si después de leer estas páginas, el profesional agobiado y con sobrecarga de trabajo, piensa que las indicaciones en ellas ofrecidas son impracticables, dadas las circunstancias propias que tiene, que necesariamente limitan su tarea diaria, le invito a que se pregunte, si alguna de dichas circunstancias, no deberían o podrían cambiarse".

Como último punto, recordemos la importancia de elaborar la memoria anual, donde no sólo deben constar datos numéricos, que son importantes, sino también todo aquello que haya favorecido interrelacionar el trabajo social sanitario con las mejoras del hospital, entre otras cosas, la posibilidad de incorporar la intervención de trabajo social en los GRD, quizás en el futuro.

Como se ha mencionado anteriormente, si la historia de trabajo social sanitario se encuentra informatizada, debe ser el soporte informático adecuado para explotar los datos anuales de demanda, perfil demográfico (sexo, edad, procedencia), atención por servicios, recursos utilizados, asignados, actividades, etc.

9. Praxis profesional

Genoveva Ochando Ortiz

La intervención del trabajo social sanitario en el hospital, puede ser a demanda, o por proyecto de trabajo social, en este caso bien por situaciones de riesgo socio-sanitario –se han expuesto en la primera parte–, bien por patologías, o bien por servicios médicos. En todos los casos hay que tener en cuenta de modo transversal los principios de bioética y el derecho a la autonomía y a la información, y es básico conocer las características de la enfermedad, su fase o estadio y su pronóstico.

Lo que exponemos a continuación sólo es una muestra representativa. Hemos limitado el trabajo a la intervención de trabajo social sanitario en diagnósticos de demencia; insuficiencia renal en diálisis; procesos terminales, muerte; personas accidentadas y en servicios de urgencias; UCI; neurología; psiquiatría. En todos ellos hemos tratado de plasmar su especificidad sabiendo que ésta en una asignatura pendiente sobre la que debemos profundizar todos los profesionales.

Señalamos el premio que se otorgó en el Congreso de Trabajo Social y Salud celebrado en noviembre de 2009, en la ciudad de Oviedo, a las trabajadoras sociales Juana Urra Mariñelarena, Raquel Suescun de Carlos y Catalina Napal Lecumberri por la mejor comunicación de tipo póster, *Intervención de trabajo social sanitario en accidentados*, que hace referencia a parte de lo expuesto a continuación.

9.1. Trabajo social sanitario aplicado a personas con diagnóstico de demencia

Las demencias son enfermedades crónicas, de desarrollo progresivo y lento que va afectando poco a poco al cerebro. Es un síndrome clínico plurietiológico, caracterizado por deterioro intelectual respecto a un tiempo previo.

Las demencias tienen distintos orígenes. Pueden ser de origen vascular, como consecuencia de trastornos circulatorios en el cerebro o, como la enfermedad de Alzheimer, de origen aun no bien establecido. Puede coexistir con una enfermedad (demencia asociada a sida, a neoplasias, a enfermedades degenerativas...).

El envejecimiento también puede alterar el funcionamiento intelectual –por ejemplo problemas de memoria–, por eso en la población envejecida a veces es difícil distinguirlo de los primeros estadios del deterioro intelectual. Aunque el envejecimiento puede afectar a las funciones cognitivas, no suele ser homogéneo ni afectar al conjunto de las funciones cognitivas.

El deterioro intelectual en las demencias implica una afectación de las capacidades funcionales de la persona, suficiente para interferir sus actividades sociales y laborales. Aunque principalmente afecta a la población más envejecida, también se puede presentar en pacientes más jóvenes. Si el impacto que supone en todas las áreas (familiar, social, laboral) es muy importante, todavía cabe prestarle mayor atención desde el punto de vista socio-familiar, en esos casos en que la edad es más temprana.

La prevalencia en España, según fuentes del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), oscila entre el 5,2% y el 14,5% en personas mayores de 64 años. Debido al envejecimiento creciente de la población, la demencia se está convirtiendo en una patología de gran magnitud, con grandes implicaciones sanitarias y sociales.

9.1.1. Signos que caracterizan una demencia

Los signos que caracterizan la demencia son los siguientes:

- Pérdida de memoria.
- Problemas de orientación.
- Dificultad para planificar y hacer previsiones.
- Dificultad para realizar actividades de la vida diaria, como vestirse, comer, etc.
- Trastornos del pensamiento, dificultades para hacer cálculos, dificultades del lenguaje.
- Cambios en el carácter. Alteraciones del comportamiento: agresividad, suspicacia.

Como hemos visto en créditos anteriores, el trabajador social sanitario tiene la responsabilidad de conocer los síntomas, el diagnóstico y el pronóstico de cada una de las fases que atraviesa la persona afectada. Si no se conoce qué síntomas se presentan en el momento de la intervención y en qué momento de la enfermedad se están exponiendo esos síntomas, la intervención desde el trabajo social sanitario será generalista.

La demencia no está considerada como una enfermedad, sino como un síndrome, esto es, un conjunto de signos y síntomas. Tras estos signos y síntomas que se manifiestan, como las causas puedes ser diferentes en cada persona, el abordaje de la demencia también lo será.

Referencia bibliográfica

"Abordaje de la demencia" (2008). *Guía de actuación para la atención primaria y neurología*. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. [El documento se encuentra en los recursos del aula].

Los trabajadores sociales sanitarios deberán construir el diagnóstico social sanitario teniendo en cuenta ese proceso de deterioro, la trayectoria de la persona cuidadora, las pérdidas que se han tenido ya a lo largo del tiempo, el agotamiento emocional, etc. Al mismo tiempo deberán trabajar la prevención, según el pronóstico de la enfermedad que acompañe a la demencia; no sólo teniendo en cuenta el deterioro cognitivo y funcional que la propia demencia implica, sino la enfermedad que la acompaña en cada caso. No es lo mismo una fase terminal en un complejo demencia-sida, que en un tumor cerebral metastático.

Todo esto que puede parecer lenguaje médico exclusivo, es la terminología con la que, desde el trabajo social sanitario, debemos trabajar en el día a día. Si en algún momento pareciera excesivo tener que dominar estos parámetros, baste con observar y comparar el marco de intervención de profesionales del trabajo social sanitario formados en el diagnóstico y pronóstico clínico de la persona atendida con el de profesionales sin esa información y formación.

No es posible sentar las bases de una empatía, de una relación de confianza, si no se sabe qué momento está atravesando la persona enferma o la familia, sus antecedentes, los recursos personales que han agotado en las fases anteriores, cómo han manejado la enfermedad.

Con el objetivo de construir el diagnóstico social sanitario correcto y establecer el tratamiento más adecuado para cada paciente, es necesario tener en cuenta, además de las alteraciones cognitivas y conductuales, los factores del entorno familiar y social (estructura, dinámica, situación económica, vivienda), es decir, construir la historia social sanitaria. Muchas veces los síntomas conductuales de la persona afectada (reacciones catastróficas, violencia, apatía, vagabundeo, euforia, depresión...), más que los cognitivos (amnesia, afasia, trastorno del juicio, desorientación...), aumentan la sobrecarga de la persona cuidadora, lo que lleva a la decisión de institucionalizar al paciente.

Es difícil conocer el origen de la demencia, pero sí es necesario intervenir en el manejo, combinando siempre el tratamiento farmacológico con la intervención familiar para valorar aspectos positivos y negativos, así como enseñar habilidades de relación que minimicen la conducta (no llevar la contraria, cambiar de actividad...).

9.1.2. Respeto a la toma de decisiones

Demencia no es sinónimo de incapacidad mental, con esta generalidad. Una de las actuaciones que conlleva mayor responsabilidad es determinar si el paciente diagnosticado de demencia es capaz, y hasta qué punto, de tomar decisiones de forma competente. Esto, obviamente, tiene que ver directamente con el principio de autonomía (bioética) y también con el de beneficencia (hacer el bien) y el de maleficencia (hacer el mal).

¿Qué tipo de decisiones tiene que tomar un paciente con demencia?

El *Documento Sitges 2009 (Documento Sitges 2009: análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia)* elabora las decisiones más importantes que debe tomar una persona con diagnóstico de demencia, *abogando por una toma de decisiones gradual* que acompañe al deterioro cognitivo en un momento determinado, que será más o menos agudo que en otro momento:

- Decisiones que influyen en la propia salud y sobre la participación en investigaciones:
 - Vida privada, derecho a la información y confidencialidad de los datos de carácter personal.
 - Acceso a la documentación clínica.
 - Consentimiento informado.
 - Instrucciones previas o voluntades anticipadas.
- Decisiones relacionadas con el patrimonio.
- Adopción de decisiones en caso de falta de capacidad/competencia, (de forma fundamentada y objetivada):
 - Paciente legalmente incapacitado.
 - Paciente sin incapacitación legal.

Documento Sitges 2009: Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia.

También en el *Documento Sitges 2009* se describe cómo el proceso de tomar una decisión está relacionado con el equilibrio emocional en ese momento. Esto supone que este proceso no sea un acto simplista, sino que tendrá que considerar varios aspectos: el grado de conciencia, las funciones cognitivas y ejecutivas, el estado emocional, la conciencia de enfermedad, principalmente. Destacamos los siguientes (según el *Documento Sitges*):

- **El estado emocional.** Un determinado grado de desequilibrio emocional existente en un momento determinado podría obstaculizar una toma de decisiones adecuada. El ejemplo más claro es el de una persona que está atravesando una depresión o un estado de ansiedad importante.
- **La conciencia de enfermedad.** Este aspecto, que en las enfermedades mentales se tiene tan en cuenta, puede presentarse también en el caso de demencias: una persona que no es consciente de su estado no tomará decisiones de forma adecuada respecto a su futuro. Pero esto, en la práctica, no sólo supone un conflicto, al no admitir ciertos tratamientos arriesgados, por ejemplo, sino que suele ser fuente de conflictos, al no dejarse atender ni orientar por la persona cuidadora, ni por su entorno, ni por ninguna institución, ya que tiene la *vivencia* de que "no lo necesito". Es muy importante saber diferenciar esta situación de la de una persona que, por miedo o por ansiedad, atraviesa una etapa de negación ante el diagnóstico. El abordaje en este caso es imprescindible y ha de establecer una metodología diferente a la del caso de la persona que no ha recibido suficiente información o no la ha entendido.

9.1.3. Cuándo y cómo inicia la intervención el trabajo social sanitario

Así establece el *Documento Sitges* el marco de intervención de los trabajadores sociales:

"El trabajador social debería formar parte del cuadro profesional de las unidades de diagnóstico de demencias, o en su defecto se debería propiciar su incorporación a estos equipos para aumentar la calidad de los informes globales. En algunas unidades de diagnóstico en demencias en las que el trabajo social ya está incorporado, estos realizan una evaluación social y familiar de la persona con demencia para diseñar el plan de intervención y las medidas oportunas de protección a la persona con demencia. En esta evaluación se contemplan aspectos tales como: características estructurales de la familia, identificación del cuidador principal (o la ausencia de éste), distribución de roles, relaciones previas, situación económica y patrimonial, existencia de medidas de protección económica o de tutoría, entorno geográfico y equipamientos, grado de estabilidad del entorno, percepción sociofamiliar de la situación, funcionamiento social y familiar de la persona con demencia, hábitos, impacto en las expectativas de vida de los cuidadores, disposición de la familia para hacerse cargo de la persona, sobrecarga familiar, estado de salud del cuidador principal, etcétera. La posición relativa de los factores que inciden en la situación y su peso en el conjunto de ésta varían en cada caso. De ahí que es necesario realizar reevaluaciones sociales durante todo el proceso de la enfermedad".

Documento Sitges 2009, op. cit (págs. 58-59).

Desde el punto de vista del trabajo social familiar, está plenamente justificada la intervención desde el momento del diagnóstico clínico. La familia, o la ausencia de ésta, es un elemento clave en el proceso de la demencia. Es necesario acompañarla, y atenderla con la misma implicación con la que se atiende a la persona diagnosticada, lo que a veces se olvida, y se la "utiliza" sólo para que haga lo que se indica en favor de la persona enferma. Tanto en calidad de fuente de información como de recurso terapéutico, y cuando la red de recursos externos es incompleta, la intervención en la crisis familiar, donde cada uno de los miembros es pieza fundamental, apoya el tratamiento farmacológico que por sí mismo quedaría incompleto.

Citamos como ejemplo los casos que se presentan en los comités de bioética. El trabajo en equipo, la atención interdisciplinar, permite sentar las bases para afrontar la toma de decisiones respecto a los principios básicos de la bioética. Sería imposible valorar un caso social sanitario donde no se describiera la historia familiar, el funcionamiento de sus miembros, sus antecedentes, sus apoyos, sus valores, su situación económica, laboral, social. Y es en este campo donde el trabajo social sanitario tiene un futuro muy interesante, dado que los principios que está desarrollando la bioética son principios que el trabajo social sanitario arrastra desde su andadura profesional.

El *Documento Sitges* describe la intervención en la demencia desde el trabajo social, podemos añadir el calificativo *sanitario*, en cinco áreas, e insiste en la reevaluación constante en cada fase:

- 1) Plan de intervención. Diagnóstico social sanitario.
- 2) Información y formación.
- 3) Reorganización familiar.
- 4) Reorganización de roles.
- 5) Informar y gestionar. Derivar.

La confección de la historia social sanitaria como elemento integrado en la historia clínica aumenta la responsabilidad de realizar evaluaciones constantes. Puesto que representa un instrumento de consulta del resto de profesionales sanitarios, la información debe estar actualizada. Los objetivos varían según las fases, según el momento vital y emocional del paciente y de su red de apoyo. Los recursos personales se agotan, y todo esto debe estar al alcance del equipo para poder avanzar en el tratamiento integral.

Aunque la estructura de la historia social sanitaria se describe en otro apartado, en el caso de la demencia deberá tener como característica especial la prevención. Como conocedores de las fases que se avecinan y del soporte con el que cuenta la persona, debemos ir trabajando aquellos aspectos que en las siguientes fases entorpecerán el éxito del tratamiento. Esto fundamenta un trabajo paralelo a las consultas médicas y disponer de información actualizada sobre los ingresos hospitalarios de la persona con demencia.

Los trabajadores sociales sanitarios son miembros activos de la institución, y poseer la información clínica actualizada asegura también poder dar un paso adelante siempre en el tratamiento del caso social sanitario.

La historia social sanitaria debe recoger, además de los aspectos generales como composición familiar, dinámica, situación económica y laboral, vivienda, cuidador principal, los siguientes:

- Las expectativas vitales que en ese momento existían, tanto del paciente como de la persona cuidadora, por separado, y juntas.
- El momento de la relación de pareja.
- Los planes de futuro.
- El conocimiento que se tiene de la enfermedad.
- El conocimiento que tiene de la enfermedad el medio social en el que viven.
- Las experiencias similares que han vivido y que les han permitido hacer "ensayos emocionales".

Una vez recogido esto, es necesario actualizar permanentemente la evolución del tratamiento farmacológico así como la evolución de la dinámica familiar en cada uno de los ingresos hospitalarios y en cada cambio de tratamiento.

Caso práctico de atención a una persona con diagnóstico de demencia desde el trabajo social sanitario en el hospital

Resumen de la historia de trabajo social sanitario informatizada: Francisco, de 60 años, diagnosticado de posible enfermedad de Alzheimer hace cinco años, en tratamiento con neurología.

En la actualidad presenta deterioro cognitivo que le hace precisar ayuda para las actividades de la vida diaria: preparar alimentos, facilitar la comida, vestir, caminar. Presenta episodios de agresividad, con manejo adecuado por parte de la esposa, que ceden con sus habilidades de contención.

Casado, tiene dos hijas. Estudian fuera del municipio. Relación afectiva. Las hijas apoyan los fines de semana y en periodos vacacionales.

Laboralmente regentaban una carnicería. Como consecuencia de la enfermedad la vendieron. Francisco percibe su correspondiente pensión contributiva en concepto de invalidez permanente absoluta del Instituto Nacional de Seguridad Social.

Su esposa trabaja en una carnicería como empleada por cuenta ajena, con turno partido.

Emocionalmente se siente sobrecargada al no contar con las hijas a diario, y siente la presión de la familia extensa, por parte del marido, para que deje de trabajar y se dedique a su cuidado.

No han solicitado la valoración de dependencia. No tienen ningún apoyo externo en este momento.

Diagnóstico social sanitario: "Paciente con enfermedad crónica neurológica, con insuficiente apoyatura familiar por limitaciones laborales y familiares, con riesgo de claudicación familiar por la ausencia de apoyos externos humanos durante la semana y de prestaciones, sin solicitar a la administración sus derechos como persona dependiente. Se inicia la gestión de un plan de apoyo a la cuidadora y la gestión de las valoraciones necesarias para el reconocimiento de su dependencia."

La intervención de trabajo social sanitario contempla las siguientes actividades:

- Apoyo en el proyecto vital propio de la cuidadora. Que mantenga, si así lo desea, su decisión de continuar trabajando, y buscar alternativas de cuidado para el paciente.
- Técnicas de escucha con ella y consejos básicos de manejo de conducta con él. Actitud personal, aceptación emocional e intelectual de la persona, contemplarla como una persona con dignidad y valores, manifestar empatía, ir a su ritmo, intentar atravesar su miedo y su angustia, confirmar lo que ella ha dicho y oído, utilizar el tacto con su autorización y en el momento oportuno.
- Solicitud de valoración de dependencia. Reconocimiento de derechos sobre la base de la valoración.
- Coordinación con el servicio médico. Conocimiento del pronóstico a medio plazo para ver el recurso más adecuado y trabajar con la familia las expectativas de futuro.
- Información sobre la Asociación Alzheimer. Grupo de familiares para la esposa, más vulnerable en este momento.
- Coordinación y derivación la atención primaria sanitaria para su seguimiento.
- Informe de trabajo social sanitario de derivación.

9.2. Trabajo social sanitario aplicado a personas con insuficiencia renal crónica en diálisis

La insuficiencia renal crónica supone la pérdida de la función renal absoluta. La diálisis es un tratamiento de soporte vital. Es la única alternativa de mantenerse con vida, a la espera de un trasplante renal, siempre que se cumpla con el perfil para recibir el órgano. Si no, supone la única alternativa en sí misma. Suspender la diálisis implicaría la muerte de la persona. Existen básicamente dos técnicas de diálisis:

- Hemodiálisis.
- Diálisis peritoneal.

La hemodiálisis actúa unas cuatro o cinco horas tres días a la semana, la diálisis peritoneal todos los días. Asimismo, también hay que tener en cuenta la dispensación de estas técnicas en un establecimiento sanitario o en el domicilio.

Esta introducción tan sencilla, basada en terminología médica, tiene detrás implicaciones sociales y familiares muy importantes que, si se tienen en cuenta, complementan las posibilidades de éxito del tratamiento.

9.2.1. En la elección de la técnica

A la hora de tomar una decisión sobre cuál es la técnica más apropiada para cada persona, existen unas contraindicaciones clínicas que inclinan la decisión en un sentido u en otro.

Pero también es necesario aplicar una evaluación de carácter social, de la trabajadora social sanitaria, para tratar de resolver las limitaciones que obstaculicen la elección de una técnica. Por ejemplo, si está solucionado el transporte para poder acudir a las sesiones de diálisis, si existe soporte para apoyar los cuidados en alimentación, etc.

Para la elección de la técnica, el trabajador social sanitario aportará información al equipo de trabajo sobre los siguientes aspectos:

- La estructura y la dinámica familiar.
- El lugar que ocupa la persona en la economía familiar.
- La vida social previa: relaciones sociales, ocio y tiempo libre, expectativas de futuro.
- El apoyo familiar para el tratamiento elegido.
- La utilización o no de recursos sociales y/o sanitarios a los que puede tener derecho, como por ejemplo, el reconocimiento de minusvalía.
- Además, información de todos los indicadores que componen la historia social sanitaria.

9.2.2. Durante el tratamiento

La cronicidad en la enfermedad casi siempre implica la necesidad de educación en autocuidados. Si se detecta algún problema en este sentido, habrá que estudiar cuál es la causa.

Por ejemplo, ante la sospecha de que el paciente presenta una situación clínica que corresponde a trasgresiones dietéticas cuando acude a la sesión, hay que estudiar si ese paciente tiene soporte de cuidador que le apoye con la preparación de comidas y con las compras. Si vive solo, hay que estudiar la posibilidad de que se le apoye con servicios externos, o incluso ofertar la posibilidad de la institucionalización, si eso cubre las necesidades de la persona afectada.

Las trasgresiones dietéticas a veces se corresponden con estados de ansiedad que vive la persona a la espera de un trasplante que parece no llegar. El cambio de ritmo vital, de actividades de la vida diaria que antes se realizaban y ahora no, abandonos laborales... todos estos procesos necesitan un seguimiento por parte del trabajo social sanitario, individual y/o familiar.

9.2.3. Aspectos sociales y psicosociales de la enfermedad renal

Los aspectos sociales y psicosociales de la enfermedad renal son los siguientes:

- La organización de los tiempos. Cuando se deben pasar tres jornadas a la semana de cuatro o cinco horas en el hospital es difícil adaptar la vida laboral y familiar a ese ritmo nuevo.
- Las comidas cambian. Definir qué es lo que se va a comer puede ser uno de los desafíos más grandes a afrontar, tanto para la persona como para su familia.
- Los roles familiares pueden cambiar. Aquellas responsabilidades que antes se tenían, ahora pueden verse limitadas por la diálisis.
- La economía familiar puede verse reducida. Incapacidad para trabajar, necesidad de reducir jornada o adaptar horarios, esto puede repercutir en el volumen de gastos establecido con la fuente de ingresos anterior.
- El grado de energía puede disminuir. Es posible que no se puedan desarrollar las actividades de ocio y tiempo libre de antes.
- Viajar es menos espontáneo. La gestión para disponer de máquina puede condicionar el viaje.
- El traslado de casa al hospital para la diálisis puede ser complejo. Quizás esté lejos y un familiar debe hacerse cargo de realizar sus traslados, o quizás la persona sufra mareos en los viajes, por ejemplo.

- La sexualidad puede verse afectada. Los cambios en el cuerpo y el no sentirse bien físicamente pueden disminuir el deseo sexual.
- El riesgo de muerte.

La intervención desde el trabajo social sanitario individual/familiar deberá abordar todos estos aspectos.

9.2.4. Trabajo social sanitario de grupo en la insuficiencia renal crónica

Cobra especial interés en esta patología el trabajo social sanitario de grupo. Cuando se asiste a sesiones de hemodiálisis, principalmente, cuatro o cinco horas compartidas durante años con las mismas personas, surgen problemas de relación como en toda convivencia, problemas de aceptación de la enfermedad y de incumplimiento de normas dietéticas. Es muy difícil asegurar la intimidad del paciente y compartimentar la evolución de cada uno cuando están condenados a verse tantas horas. El proceso psicológico pasa por los siguientes conflictos:

- La negación de la cronicidad, más que de la enfermedad.
- La relación dependencia-odio con la propia máquina.
- Miedo –y deseo a la vez– al trasplante.
- Enfado ante la dependencia de una máquina y de un equipo sanitario: los pacientes identifican la falta de autonomía con esta dependencia, focalizando toda su vida en las sesiones de diálisis.
- Miedo a que se olviden de su espera para el trasplante.

Mediante y desde el trabajo social grupal surge la posibilidad de trabajar estos aspectos para mejorar tanto el estado emocional del paciente y su familia, como el del propio personal sanitario que le atiende, que a su vez revierte en el propio paciente.

Todas estas vivencias se exportan luego al medio familiar y social, por lo que la familia debe estar en contacto continuo con el equipo sanitario para poder:

- Conocer en qué fase está la persona.
- Saber manejar con indicaciones profesionales y orientaciones dicha fase.

Esto reduce la ansiedad y la tensión en la convivencia.

9.2.5. Desde la bioética

Corresponde a la trabajadora social sanitaria aportar la historia familiar, identificar al cuidador principal. En situaciones como:

- Rechazo al tratamiento.

- Paciente incompetente.

Es necesaria una labor de equipo para asegurar los siguientes puntos, tanto por parte del paciente como de la familia:

- Que entienden la información.
- Que entienden las consecuencias de la decisión tomada.
- Que no existen limitaciones de tipo social que condicionen esta decisión.
- Que no existe patología psiquiátrica que condicione la decisión.
- Que los deseos de la familia no contradicen la expectativa de calidad de vida a favor de reducir la cantidad de vida.

También esto facilitará la toma de decisiones del equipo sanitario cuando haya que determinar la finalización del tratamiento por encontrarnos en la fase final, y sin encontrar resultados de calidad de vida.

La colaboración de la trabajadora social sanitaria en la identificación de vínculos afectivos, que muchas veces no se corresponden con los vínculos familiares, actualmente no lo discute ningún comité de bioética.

Caso práctico de atención a una persona con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en diálisis desde el trabajo social sanitario en el hospital

Resumen de historia de trabajo social sanitario informatizada: Ana, mujer de 72 años. Enfermedad renal crónica, en programa de hemodiálisis desde agosto de 2001. Patología cardíaca asociada y antecedentes de ACV hemisférico derecho en febrero del 2009. La historia clínica refiere "evolución desfavorable a pesar del tratamiento".

Casada con cónyuge de similar edad. Viven los dos solos en el domicilio familiar. Dos hijas con unidad familiar independiente, una vive fuera de la comunidad autónoma, otra en un municipio cercano.

Económicamente, el cónyuge percibe pensión mínima en concepto de jubilación del INSS, ella no percibe ingresos propios. Patrimonio: vivienda habitual en régimen de propiedad de ambos cónyuges.

Emocionalmente, el cónyuge es el único cuidador desde que iniciaron la diálisis. Él se ocupa de gestionar la casa, la comida, y de trasladar a Ana a diálisis, los tres días a la semana. Se le prescribe ambulancia compartida con otros enfermos, pero optan por vehículo propio para evitar síntomas de mareo que le produce el otro medio de transporte. Como consecuencia, él ha desarrollado una relación de dependencia con el medio hospitalario, sintiéndose acogido, acompañado, reconocido como cuidador y reforzado.

Hubo un contacto anterior con el servicio de trabajo social sanitario para solicitud del reconocimiento de minusvalía. Se informa a las hijas de las decisiones que toman, pero siempre han decidido los dos, excepto cuando Ana se encuentra en situación de incompetencia, que decide él. Las hijas no se atreven a contradecir a su padre por miedo a que se sienta desplazado.

El servicio médico plantea la posibilidad de dejar de dializar, debido al deterioro de la paciente, y aplicar tratamiento paliativo, recurso que el marido rechaza. Tiene miedo de dejarla morir, ambivalencia respecto a sentimientos de que no sufra, miedo a quedarse solo. Las hijas respetan la decisión del padre.

Diagnóstico social sanitario: "Enfermedad terminal en paciente crónica, con cónyuge afectado de síndrome de cuidador principal en situación de crisis emocional por las malas noticias, con insuficiente apoyatura familiar por limitaciones geográficas, con testamento vital sin realizar. Cabe reestructurar los roles de los miembros de la

familia incluyendo a las hijas y los apoyos externos, materiales y psicosociales necesarios para afrontar la progresiva pérdida. Ayuda en elaboración del preduelo".

Ante esta situación, se plantea una intervención en equipo: se recoge la historia familiar descrita para poder entender desde dónde habla este cuidador.

El objetivo sería trabajar la situación familiar:

- Reorganizar los roles.
- Apoyar el preduelo con el marido (aceptación de la muerte).
- Implicar a las hijas en la toma de decisiones sin excluir al padre, interlocutor máximo hasta ahora.
- En el momento del fallecimiento: condolencia y soporte de duelo.

9.3. Trabajo social sanitario aplicado a personas con enfermedad terminal. Muerte

Puede ser por cáncer u otra patología, la muerte hay que abordarla, independientemente de la patología que la provoque, así como de la edad de la persona enferma. Sus características son distintas, pero tienen en común la propia muerte.

En las sociedades desarrolladas se acepta mayoritariamente que las enfermedades crónicas, o de diagnóstico y pronóstico grave, tienen repercusiones emocionales, sanitarias, psicológicas, sociales (económicas, laborales, familiares, etc.). Y cada persona las vive con una intensidad distinta según la naturaleza de la enfermedad, las características de la familia (cohesión, recursos), las características personales (edad, momento vital, tipo de trabajo), las relaciones sociales (grupo de apoyo) y la concepción que se tenga socialmente de la enfermedad (no es lo mismo el sida = marginación, que un cáncer = muerte, etc.), y de los servicios, prestaciones o ayudas con los que cuente.

Cuando una persona recibe un diagnóstico "difícil" se enfrenta a una situación de cambio que supone una crisis y va a necesitar adaptarse a ella. Se entiende por crisis aquella situación en la que una persona o grupo familiar se encuentra en un estado emocional concreto, como reacción a una situación nueva que no puede resolver por sus propios medios. Y existe riesgo de descompensación, pero también la oportunidad de crecimiento personal, según cómo se resuelva.

Hoy en día, desde el punto de vista ético y legal, la persona tiene derecho a recibir información respecto a su situación, para tomar decisiones o preparar su "viaje". Es una obligación nuestra informar a la persona, ateniéndonos a su derecho a conocer la verdad. (Ley 41/2002, de autonomía del paciente). Y esto debe ser compatible con no dañar a la persona enferma, es decir, hay que hacerlo con soporte.

"La enfermedad es un hecho de la *vida*, que pone a prueba tanto la autonomía de la persona enferma como la no maleficencia profesional, la beneficencia de la familia y la justicia de la sociedad". Diego Gracia.

Hoy por hoy, entre la complejidad del sistema sanitario y la del sistema social, atender los procesos del morir y la muerte requiere una intervención interprofesional de las necesidades sanitarias, sociales, psicológicas y espirituales de la persona afectada, que es la protagonista de la intervención.

9.3.1. Características de la enfermedad terminal

Las características de la enfermedad terminal son las siguientes:

- Enfermedad avanzada, incurable.
- Síntomas multifactoriales.
- Gran impacto emocional.

9.3.2. Intervención terapéutica. Equipo interdisciplinar

Plan de cuidados paliativos: cuidar (SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos).

Atención integral: persona enferma, familia, soporte. La persona y su familia o soporte no son propiedad de ningún profesional, todas las disciplinas deben trabajar y aportar sus contenidos profesionales propios con el mismo objetivo, que es colaborar en la calidad de la vida y de la muerte.

La definición de enfermedad terminal, propuesta por el *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*, publicado en el 2001 por el Ministerio de Sanidad, fruto del consenso de expertos, es la siguiente:

"Enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidad de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos, cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en los enfermos, familiares, equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a seis meses, que genera gran demanda de atención y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort, y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Enfermedad avanzada, terminal, agonía, minusvalía grave crónica y estado vegetativo persistente".

Documento consenso sobre decisiones al final de la vida (3 de mayo de 1999). Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Sanidad y Consumo.

9.3.3. Actitudes sociales respecto a la muerte

Socialmente se considera natural una muerte a edad avanzada, pero no se acepta que la muerte no tiene edad y que todas las edades son susceptibles de recibirla. Veamos algunas actitudes sociales:

- En la sociedad llamada del "bienestar" se silencia la muerte.
- Se considera un tabú, o algo de "mal gusto".
- En el medio urbano, morir es algo solitario, impersonal, mecánico. Se ha desplazado el hecho a los hospitales, hay intentos de modificar esto, pero

es duro por muchas circunstancias. En el medio rural se muere poco, se traslada a la persona al ámbito hospitalario, incluso habiendo manifestado la persona su deseo de morir en casa.

- La sociedad actual contribuye a que la persona viva privada del manejo de su propio fin, pero, en contraposición, cada vez se tiene más presente la autonomía de la persona (ahí está el esfuerzo de los equipos de atención a la muerte, llamados paliativos). Si la persona controla su fin, lo hace de forma estable.
- El miedo a la muerte está generalizado, pero se convive con él "mientras no me toque", mientras sea algo de otros.

Por una parte podemos observar que la muerte se vive más desde la perspectiva de una sociedad de "masas" que como personas individuales, como serían las muertes violentas: actuación de bandas callejeras; grupos organizados en guerras o terrorismo. Por otra parte está el avance tecnológico que afecta a la muerte: accidentes nucleares o catástrofes naturales. Accidentes: de coche, de autobús, de tren, aéreos, derrumbamientos.

La ciencia y la tecnología en el sistema sanitario aportan aspectos positivos como la erradicación de enfermedades, la investigación para controlar el dolor, la longevidad del ser humano. Pero también genera dificultades puesto que aumenta la complejidad del sistema, sin olvidar que los profesionales son parte de la sociedad, e individualmente también pueden negar la muerte. Además, la muerte se considera un indicador negativo. Cuidar y acompañar en el proceso del morir y la muerte se verbaliza en algunos ámbitos, pero no es una realidad cotidiana. Trabajar en este proceso y en la muerte supone no sólo una formación específica adecuada, sino también una actitud personal: quien no se ha planteado y no se ha cuidado de su propia muerte, tendrá dificultades para trabajar en ello.

En el sistema sanitario también hay aspectos económicos que se tienen en cuenta y que no son muy positivos para atender estos procesos, como por ejemplo el número de camas dedicadas, aunque esto está en vías de transformación con la implantación progresiva de cuidados paliativos en domicilio.

Por último, no todos entienden lo mismo con los mismos términos. Se incluye en cuidados paliativos (según la Organización Americana de Cuidados Paliativos) la enfermedad terminal inferior a seis meses, el control de síntomas, personas con progresión en la enfermedad, reingresos, pero también otras patologías a parte de las oncológicas o síntomas de muerte.

9.3.4. Trabajo social sanitario individual y familiar en el proceso del morir

El objetivo general, para todos los profesionales es respetar y defender la dignidad de las personas en el proceso del morir, con el menor sufrimiento posible, en compañía de quien quiera la persona y una muerte sin abreviaturas o prolongaciones (SECPAL).

Los objetivos desde el trabajo social sanitario hospitalario en el proceso de morir son los siguientes:

a) **Ámbito individual / familiar:**

- Objetivo general: colaborar en la atención integral de las personas ingresadas.
- Objetivos específicos:
 - Aportar los aspectos sociales que provoca la enfermedad y el proceso del morir y la muerte tanto en lo individual, familiar, como lo social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales.
 - Dotar de los medios necesarios para atender las necesidades.
 - Prevenir dificultades.

b) **Ámbito comunitario:** casi siempre implica planes de programas en los que se trabaja en estrecha coordinación con la atención primaria sanitaria.

c) **Ámbito grupal:** trabajo social sanitario grupal, teniendo como grupo diana a las familias.

9.3.5. La familia frente a la enfermedad terminal. Su importancia en el proceso de morir del familiar

Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las consecuencias de la enfermedad repercuten en la persona afectada, pero también en su contexto natural como es la familia y en su soporte relacional (trabajo, amigos, escuela...).
- La familia constituye el primer punto de referencia, donde se va instalar el sufrimiento que provoca la enfermedad.
- Es la familia, fundamentalmente y salvando las excepciones, la que proporciona a la persona enferma el apoyo afectivo que necesita, y su ausencia puede causar más dolor.

Repercusiones del proceso del morir/muerte (tanto por enfermedad como por accidente) en la familia:

- Desajustes personales-familiares: modificación de roles familiares, abandono de la actividad laboral por parte de algún miembro, afectación de menores, etc.
- Impacto emocional (distinto según las situaciones concretas).
- Reacciones dispares, contradictorias, desde el silencio profundo hasta una explosión de rabia, impotencia, incredulidad, actitud de huida, etc.

Identificación de respuestas familiares ante la información a la persona:

- Los que deciden ocultar la verdad respecto al proceso y, además, quieren imponer que sea así a los profesionales.
- Los que utilizan un eufemismo como manifestación suave o decorosa de ideas cuya franca expresión sería dura o malsonante.
- Los que sí utilizan la palabra cáncer y se atienen a los datos clínicos.
- Los que revelan todo lo que piensan y hablan sobre la proximidad de la muerte.

Cada situación es distinta y habrá que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Conocer la disponibilidad de la persona a recibir información.
- Interlocutor válido, es decir, elegido por la persona enferma. Tener presente sus valores. Su espiritualidad, sus creencias.
- Conocer el estado emocional de cada uno de los miembros de la familia, sus miedos, sus preocupaciones.
- Trabajar con alto grado de empatía, con el objetivo de poder abordar sus dificultades y enseñar habilidades de manejo, así como la catarsis de sus emociones.
- Es importante tener en cuenta a los familiares (padres, hijos o hermanos) que no se acercan al hospital. Casi siempre exigirá un trabajo de coordinación con atención primaria de salud.

La familia debe entender las repercusiones o secuelas del silencio informativo a la persona. El riesgo importante es que la persona enferma termine desconfiando de los seres queridos, en un momento de su vida en el que la confianza es un pilar básico, optando por guardar también silencio y morir en completa soledad. Puede sentirse engañado y perder la confianza en la familia y el equipo asistencial.

La persona atendida es la protagonista de su situación, debe confiar en los profesionales y estos respetar su ritmo, ritmo de no querer o de querer.

a) Importancia de la comunicación en la familia:

- Actitud negativa de la persona enferma.
- Desconcierto en la familia. Cada miembro de la familia vive la situación de manera distinta.
- Apoyo familiar inadecuado. No les resulta fácil saber cómo ayudar.
- La comunicación con la familia es otro pilar terapéutico, saber darle tiempo en la adaptación de la situación, que se sienta emocionalmente apoyada, que pueda aprender habilidades de manejo, etc.
- Aislamiento de la persona enferma.
- Opción por el "silencio voluntario" de la familia.
- Mantener el "secreto" desgasta la salud mental.
- El lenguaje no verbal también comunica. Y la persona decide no hablar porque igual cree que hace daño a sus seres queridos, o no sabe como despedirse de ellos, o no quiere hacerlo.

b) Comunicación abierta y sincera:

- Hace que aumente la confianza en los profesionales.
- Es importante en el tratamiento.
- Ser una persona enferma no es ser inútil o incapaz o incompetente.
- Posibilita compartir preocupaciones comunes.
- Permite afrontar asuntos pendientes.
- Constituye una alternativa positiva para anular los obstáculos que haya.
- Especialmente le permite a la persona vivir, con sus limitaciones, lo que le quede de vida y gestionar la intimidad de su propia muerte.

Los trabajadores sociales sanitarios abordan todos estos aspectos según las características propias de la persona atendida y de la familia. Cada caso es singular. En particular el ámbito familiar y en coordinación con el resto del equipo.

La comunicación va más allá de la información del diagnóstico médico, que es competencia del médico, pero no es la única información a trabajar con la persona afectada.

La información debe ser protegida, y proporcionar a la persona recursos y apoyos necesarios. A veces el profesional sanitario prefiere informar junto con otro profesional, del trabajo social sanitario o de la enfermería, o que éstos hagan apoyo a la información, para que aprenda a manejar su situación. Unos la llaman información *self-service*, otros como el Dr. Barón –Jefe de servicio de oncología de Hospital La Paz, en la Jornada sobre la Relación Médico-paciente, Fundación Aventis, 2002–, "información soportable". Él ha propuesto buscar

la claridad y el momento adecuado como guías en los requerimientos de información, siguiendo siempre el concepto de verdad soportable, que valora la situación del enfermo y su deseo de recibir información.

La esperanza es un antídoto contra la adversidad, pero no sana, por ello no se deben dar falsas esperanzas. Son personas adultas con las que se trabaja, lo importante es que la persona sienta que no va a estar sola, que se le va a ayudar en el proceso. Las personas cada vez demandan más información. Si no hay comunicación, se dificulta la intervención de otros profesionales, como enfermería o trabajo social sanitario.

Otros datos de interés, en referencia a la familia, frente a la enfermedad terminal son los cambios que se producen en la dinámica familiar:

a) Por lo que respecta a la persona afectada:

- Proceso de transición. Adaptación y aprendizaje de habilidades de comunicación con la familia, ayuda en la expresión de sentimientos, deseos...
- Disfunciones somáticas. Fragilidad, debilidad, vulnerabilidad, dependencia de otras personas.
- Cambios físicos. Deterioro en la autoimagen.
- Abandono de la actividad laboral:
 - Pérdida del poder adquisitivo. Posible invalidez permanente.
 - Aislamiento de las relaciones sociales.
 - Sensación de inutilidad o de dar mucho trabajo.
 - Pérdida del rol social
 - Dependencia del sistema sanitario y sus profesionales.
 - Cambio o ratificación de valores, religiosidad, espiritualidad.

b) Por lo que respecta a familiares directos:

- Cambios relevantes de funciones.
- Cansancio físico y psíquico.
- Sensación de enfermedad.
- Exigencia de aprendizaje para la realización de nuevas tareas.
- Riesgo de descuido y desatención de otros familiares, adolescentes, niños.
- Preocupaciones de tipo económico.
- Preocupaciones en cuanto a las posibles barreras arquitectónicas de la vivienda.
- Dificultades creadas por la burocratización de algunos procesos.

c) Otros aspectos de los familiares directos:

- Sensación de pérdida del ser querido e incredulidad.

- Restricción respecto a las actividades profesionales, lúdicas, sociales.
- Cambio en la actividad familiar cotidiana.
- Aparición de celos (cónyuge, hermanos, hijos...)
- Convivencia cargada de tensiones.
- A veces, cambio drástico por ir a la vivienda de otro familiar: padres, hijos, hermanos.
- Sensación de desolación ante la pérdida de un hijo en edad joven, o del padre, con quien se está afectivamente muy unido.

"La muerte pertenece a la vida igual que el nacimiento... sé que los muertos pesan, no tanto por la ausencia, como por todo aquello que entre ellos y nosotros no ha sido dicho".

Susana Tamaro. *Donde el corazón te lleve.*

Caso práctico de atención a una persona con diagnóstico de enfermedad terminal desde el trabajo social sanitario en el hospital

Resumen de la historia de trabajo social informatizada: persona de 53 años, con pareja estable –quince años menor que él– desde hace siete años. Tienen una niña de seis años. La relación entre los tres miembros de esa unidad familiar es de fuertes vínculos y a la vez de autonomía personal entre los miembros adultos.

En su familia extensa están su madre (el padre falleció hace veinte años) y dos hermanos menores que él. La relación entre ellos es frecuente, con autonomía pero con soporte en situaciones puntuales de necesidad. Son el soporte para atender a la niña en estos momentos.

La comunicación entre ellos es el euskera.

Económicamente, el paciente percibe su correspondiente pensión contributiva del INSS en concepto de incapacidad permanente absoluta desde hace dos años. Su pareja trabaja, cotizando en el régimen general de seguridad social, en una empresa ubicada a dos kilómetros del pueblo donde viven. Desde el ingreso hospitalario se encuentra de incapacidad transitoria. El paciente dispone de un seguro de vida. No tiene testamento hecho.

La niña acude a la ikastola (escuela) y hace uso del comedor escolar.

Respecto a la situación sanitaria, dispone de tarjeta individual sanitaria del Servicio... perteneciendo al Centro de Salud de... del consultorio de...

Hasta el día del ingreso era una persona autónoma para las actividades de la vida diaria. La incapacidad permanente absoluta no le dificultaba en esa autonomía. En el momento actual su situación sanitaria le permite el desplazamiento, pero precisa ayuda para bañarse y para las tareas del hogar.

En el hospital le acompaña de forma permanente su pareja. El diagnóstico que presenta se comunicó el día del ingreso. Su pronóstico es grave, de curso breve.

En cuanto a las relaciones sociales, el pueblo donde vive, es un núcleo rural de pocos habitantes, que le permite mantener relaciones de vecindad continuas, incluida la ayuda en momentos puntuales. Una de sus actividades preferidas es el montañismo, actividad que desarrolla con su pareja y su hija, y con amigos.

Su pareja, emocionalmente impactada, no quiere dejarle ni un momento. Él verbaliza que no le da miedo la muerte y que siempre está ahí, pero manifiesta estar muy enfadado y sentirse impotente, porque no quiere despedirse de sus mujeres. No soporta la idea de separarse de su pequeña, por lo que solicita que se le permita permanecer en el Hospital San Juan de Dios, en cuidados paliativos, su "ultimo zulo", que en su lengua materna quiere decir agujero. Le preocupan ciertos aspectos que quiere aclarar, pensión de viudedad para su compañera, seguro de vida. No tiene creencias religiosas. Manifiesta que si existe Dios, está muy enfadado con él. Está en contra de la religión católica. Solicita la incineración.

La vivienda que ocupan es propiedad de él, adquirida antes del matrimonio. Es tipo caserío, se rehabilitó recientemente, pero tiene barreras arquitectónicas en el acceso (escaleras).

Diagnóstico social sanitario: "Enfermedad terminal en paciente de diagnóstico reciente, con pérdida de autovalimiento brusca, en situación de crisis emocional por la despedida de sus seres queridos, últimas voluntades (testamento) sin realizar, vivienda con barreras arquitectónicas, con deseo de no volver al domicilio y dejar asuntos pendientes resueltos. Se aplican los apoyos psicosociales que precise orientados a calmar sus temores respecto a dejar cosas pendientes. Apoyo y orientación en las diferentes gestiones que necesita hacer. Generar una relación de confianza con la trabajadora social sanitaria para que puede hablar con ella de lo que no se atreve con su familia".

Intervención de trabajo social sanitario:

- Fuentes de información: la información se recoge, por una parte, con él y su pareja, de forma individual y en conjunto y, por otra, con el equipo médico y enfermería.
- La trabajadora social sanitaria trabajará interdisciplinariamente con medicina y enfermería en la información del diagnóstico y del pronóstico médico. Gestionará la información soportable y el apoyo emocional según sus diferentes estados de ánimo. Ayudará en la gestión de los aspectos sociales de la situación, estructura, dinámica familiar, soporte, vivencias anteriores y valores.
- Se colabora con él en la gestión de asuntos pendientes: últimas voluntades en el ámbito sanitario, últimas voluntades con el testamento.
- Se aplican técnicas de relajación mínimas junto con enfermería para los momentos de angustia.
- Se le prepara para la despedida de su hija. Habilidades de manejo: palabras a utilizar, controlar miedo ante la posibilidad de llorar, etc.
- Se trabaja con la profesora de la niña y la trabajadora social de atención primaria el preduelo de la hija; apoyo, lectura cuentos indicados, etc.
- Información y orientación a la pareja, respecto a trámites de tanatorio, incineración, pensión de orfandad de la niña, baja en el padrón, últimas voluntades, etc.
- Una vez fallecido, se inicia una intervención de soporte emocional a la pareja, inicio de duelo, derivación a atención primaria.

Hemos hecho referencia en este apartado al proceso de morir/muerte, pero sería igualmente válido para procesos oncológicos, que no supongan muerte, paliativos.

9.4. Trabajo social sanitario aplicado a personas que han sufrido un accidente (de tráfico, laboral)

9.4.1. Algunas características que llevan implícitas los accidentes

Los accidentes de tráfico y laborales u otros son situaciones en las que siempre se produce una crisis debido a sus características:

- Impactantes por sus consecuencias (físicas, laborales, económicas, familiares etc.). Estas consecuencias son siempre inesperadas, tanto para las personas accidentadas como para las personas más cercanas en su entorno. Por muy pequeño que sea, siempre hay repercusión. Por una parte está la lesión, o lesiones, de la persona afectada y por otra la necesidad de gestio-

nar la coordinación con la compañía o mutua laboral, sin saber la mayoría de las veces ni la cobertura del seguro ni la forma de relación. Todo supone un esfuerzo añadido a la preocupación.

- La mayoría de accidentados requiere atención sanitaria. Lo más frecuente es la hospitalización, posteriormente el centro de especialidades, y/o la atención primaria. O, si es accidente laboral, la mutua.

En su atención intervienen distintas instancias:

- En el ámbito hospitalario:
 - Servicios médicos de urgencias. UCI. Plantas de hospitalización.
 - Servicio de admisión. Área general y área de urgencias. Prefacturación.
 - Servicio de facturación.
 - Sección de atención al paciente.
 - Servicio de trabajo social sanitario.
- Fuera del hospital:
 - Servicio de atestados: distintas policías: la de la comunidad autónoma, o la Guardia Civil de Tráfico o la policía municipal.
 - Juzgados de guardia.
 - Compañías de seguros o el consorcio.
 - Centros de especialidades médicas del SNS, o centros de salud.
 - Mutuas laborales.

Una característica es el elevado número de accidentes que ocurren, a pesar de haberse implantado unos requisitos para la conducción y haberse reducido su número.

Y tener desarrolladas las normas de prevención de accidentes laborales.

9.4.2. Objetivos del trabajo social sanitario

Los dos tipos de objetivos del trabajo social sanitario son los siguientes:

a) Objetivo general. Colaborar en prestar una atención integral coordinada a las personas afectadas por accidente de tráfico o laboral.

b) Objetivos específicos.

- Evitar la duplicidad de actuaciones entre los servicios, y evitar así pérdidas de tiempo y favorecer la complementariedad de unos y otros.

- Colaborar en que las altas hospitalarias no se retrasen por dificultades en las gestiones necesarias, tanto si es alta a domicilio, como si se trata de una derivación interhospitalaria.
- Proceder a la intervención con la persona accidentada y/o familia:
 - Intervención en crisis, situación vulnerable. Prestar apoyo emocional y de soporte. Dar seguridad, facilitar la reconducción de la situación.
 - Informar y enseñar habilidades a la persona accidentada y/o sus familiares para llevar a cabo las gestiones necesarias en relación con las compañías de seguros y mutuas laborales: dar parte de lo ocurrido, cobertura de la póliza, número de expediente, atestados, diligencias previas... y cuantos datos se consideren necesarios para actuaciones posteriores.
 - Colaborar en la gestión de prestaciones: medios de transporte, ayudas técnicas, material ortoprotésico u otras. Y todo aquello que por su situación de crisis no estén en condiciones de hacer.
 - Establecer con compañías o mutuas la planificación del alta y la coordinación que deben mantener con las mismas.

La práctica profesional demuestra que poder disponer de información adecuada ayuda a las personas a situarse, a conocer su situación y posibilidades, y como consecuencia a poder pensar y actuar de acuerdo con su realidad.

La información debe ser personalizada, clara, útil y que contribuya a la coordinación.

Los accidentes, como hemos señalado al principio, son situaciones de crisis, la mayor parte de las veces, muy impactante.

Suponen preocupación, incertidumbre, miedo, desconcierto, etc. En definitiva, y por su propia naturaleza, situaciones que requieren intervención de trabajo social sanitario para atender los aspectos sociales, incluidos siempre en un trabajo de equipo interdisciplinar.

A veces, además del accidente de tráfico, existen problemas sociales de base, que agudizan la situación, lo que fundamenta de por sí la intervención del trabajo social sanitario.

9.4.3. Metodología aplicada en el caso social sanitario

La metodología aplicada en el caso social sanitario consta de los siguientes elementos:

- Captación de personas a atender. Los accidentes son una de las situaciones a atender desde el servicio de urgencias y si en alguno no se cumple, se hará por medio de la base de datos del hospital que facilite esa información.

- Coordinación con los servicios de prefacturación y admisión. Hay situaciones en las que los miembros de la familia pueden llevar a cabo la coordinación con las compañías de seguros o mutuas, y otras en las que necesitan soporte de trabajo social, para lo que el trabajador social sanitario necesita conocer el circuito de funcionamiento en los distintos accidentes: no es lo mismo un accidente de tráfico que uno laboral, o escolar... a la hora de informar y enseñar habilidades de manejo a las personas afectadas. Por sus características, el trabajo social sanitario, ante la planificación del alta, cumple una función de "suturación" –término utilizado por Dolors Colom– entre distintos servicios.
- Coordinación con el personal de planta y admisión central para planificar el alta hospitalaria: el alta hospitalaria al domicilio o una derivación interhospitalaria. Ésta puede significar procesos distintos:
 - A otro centro hospitalario de la misma comunidad, para pruebas o seguimiento.
 - A otra comunidad autónoma porque necesita un tratamiento que no puede recibir donde está.
 - A un hospital de otra comunidad autónoma, por tratarse del hospital de referencia para esa persona.
 - A otros países donde está fijado el domicilio de la persona.

En todos los casos es imprescindible el informe médico con las indicaciones oportunas, pero también el informe de trabajo social sanitario, que recogerá el procedimiento que se había establecido hasta el momento del traslado y las gestiones que se habían llevado a cabo, así como el momento emocional en el que se encuentran tanto el paciente como su soporte familiar: si se ha superado el impacto inicial, qué habilidades muestra la familia para relacionarse con las compañías o mutuas, en qué partes del proceso ha precisado sustitución, etc. De gran importancia a destacar son las prescripciones ortoprotésicas, así como los medios de transporte a utilizar.

Desde la planta de hospitalización, el informe médico se hará llegar al servicio de trabajo social sanitario, el cual, junto con el personal de admisión y/o prefacturación, llevará a cabo los trámites oportunos. En el caso de traslados a otros hospitales previamente habrá que contactar con la aseguradora en demanda de conformidad de ingreso y traslado:

- Prescripciones ortoprotésicas o medios especiales de traslado.
- Coordinación con la secretaría de planta para todo lo referente a justificantes de ingreso e informes médicos.

Unas veces la coordinación será primero con el trabajador social sanitario de atención primaria para seguimiento del caso, o para la gestión de los partes de incapacidad temporal; si es accidente laboral, dependerá de si se trata de régimen especial o régimen general. Otras veces será derivación para seguimiento.

Hay que recordar a la persona accidentada o a la familia que si vuelve a ingresar o son atendidos en cualquier otro centro sanitario para seguimiento de dicho accidente, tienen que indicar que fue por ese motivo, para facilitar la asistencia según el tipo de usuario.

Es elemental disponer del convenio que cada cierto tiempo acuerdan los servicios públicos con las compañías de seguros. Y conocer el funcionamiento de las mutuas laborales.

Caso práctico de atención a una persona accidentada desde el trabajo social sanitario en el hospital

Resumen datos de la historia de trabajo social informatizada: persona de 27 años de edad, soltero y natural de..., convive con su madre. Es estudiante del último año de carrera en la universidad pública. Sufre un accidente de moto mientras practicaba una actividad deportiva.

Había terminado un contrato de trabajo y todavía no había gestionado la demanda de empleo en el INEM.

Es hijo único, sus padres están separados desde hace 9 años, mantienen una relación de respeto, pero distante. Las decisiones respecto al proceso de enfermedad las toma prácticamente el padre. La relación con su padre siempre ha sido fluida.

Ingresa en UCI con diagnóstico tetraplégico. Consciente. Ante el diagnóstico se plantea el traslado al hospital de especialidad al día siguiente.

Gran impacto emocional en padres, amigos, compañeros.

Diagnóstico social sanitario: "Enfermedad orgánica invalidante en paciente que ha sufrido un accidente de tráfico, con repercusión en sus estudios universitarios, familia con dificultades de relación, cuyos miembros se encuentran bajo el impacto emocional por el accidente y la discapacidad futura. Destacamos la actitud optimista del paciente. Está en situación de desempleo sin gestionar trámites, susceptible de traslado a otra comunidad autónoma para continuación de tratamiento en hospital especializado".

Intervención de trabajo social sanitario: En la primera entrevista de apoyo y recibimiento hay que comenzar a tratar con los padres la cuestión del seguro, no había habido tiempo para informar del siniestro, esto les produce enfado y desasosiego. El paciente se mantuvo en todo momento consciente, con capacidad de animar a sus padres, ejerciendo su autonomía ante ellos, tomando decisiones respecto al curso que seguían los acontecimientos. Para el padre fue muy intensa la relación afectiva con su hijo mientras estuvo en la UCI. Aunque entre ellos había una relación habitual, se produjo una mayor expresión de sentimientos entre ambos, que permitió al padre verbalizar y manifestar mucho amor hacia el hijo.

Objetivos de trabajo social sanitario:

- Prestar apoyo emocional a los padres. Éstos se encuentran en una primera fase de impotencia, de culpabilizar a todo el mundo, de adaptación a una situación y a un medio hospitalario determinado y, además, sin haber finalizado el proceso de adaptación se les está planteando el traslado a otra comunidad autónoma.
- Enseñar habilidades para relacionarse con la compañía aseguradora del vehículo siniestrado y de la empresa que había organizado el evento.

- Gestionar la cama en el hospital adecuado. En la documentación se aporta el informe de trabajo social sanitario. Los padres aceptaron el compromiso para el regreso. Una vez hecha la solicitud los padres viven con angustia la espera de la concesión de la cama y los trámites con la compañía de seguros. Coordinación con el servicio de admisión y con todos los profesionales de planta.
- Normalizar y actualizar la situación de demandante de empleo, para poder gestionar la incapacidad permanente, que se hará una vez se establezca en el hospital de destino.
- Una vez realizado el traslado, se mantiene contacto con la familia hasta que se confirma la adaptación al nuevo medio y que están atendidos en el proceso.

9.5. Trabajo social sanitario en el servicio de urgencias hospitalario

Según el diccionario de la Real Academia Española, *urgencia* es la "sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos". Y *emergencia* es la "situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata".

Según la Sociedad Europea de Medicina de Urgencia (EuSEM, septiembre de 2007):

"La Medicina de Urgencia es una especialidad basada en el conocimiento y aptitudes necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los aspectos urgentes y emergentes de las enfermedades y accidentes, afectando a pacientes de todos los grupos de edad, con todo un espectro de alteraciones físicas y de conducta. Es una especialidad en la que el **tiempo es esencial**. La práctica de la Medicina de Urgencia abarca el triaje pre e intrahospitalario, la reanimación cardiopulmonar, la valoración inicial y el tratamiento de urgencia hasta el alta o la transferencia de los cuidados a otro médico o profesional del sistema de salud. También incluye la implicación en el desarrollo de sistemas de emergencia médica pre e intrahospitalarios".

Sociedad Europea de Medicina de Urgencia (2007).

La urgencia hospitalaria puede incluir atenciones que no conlleven riesgo vital, pero que requieran resolución en un espacio corto de tiempo, para curación o como tratamiento paliativo. Por ejemplo, las fracturas de huesos, o un dolor tipo cólico. O puede incluir atenciones de riesgo vital, que conlleve un tiempo de resolución aún más corto que la urgencia, además de una **coordinación** con el resto de servicios del hospital. Éste es un aspecto muy importante.

No abordaremos aquí las grandes emergencias o catástrofes, vistas en otro crédito. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia de la siguiente manera:

"La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

El concepto "genera la conciencia" es muy interesante, porque aquí surge muchas veces el conflicto. Lo que para el personal sanitario a veces no es urgente, puede parecerlo al paciente o la familia. Esto depende de la influencia que tengan en su caso los factores de aprendizaje cultural, los recursos sanitarios

con los que se cuenta en ese entorno, los factores psicosociales, su capacidad resolutoria, y el momento vital en el que están. Si no, no se explica cómo ocurre también lo contrario, es decir, que la persona tarda demasiado en acudir al servicio. ¿Se trata de diferenciar una urgencia real de una urgencia sentida, una urgencia verdadera de otra no verdadera, utilizando el lenguaje médico? Si lo analizamos desde la percepción del paciente, todas las urgencias deben ser consideradas como verdaderas. La persona (o en su defecto, la familia) siente la necesidad de ser atendida por un servicio médico, siente que su vida peligra en muchas ocasiones, o que los síntomas que presenta son desconocidos, y esto le genera miedo.

Y si es así, ¿desde qué área profesional y con qué herramientas debe abordarse? Son sin duda elementos para una reflexión.

¿Cuáles son los objetivos del paciente o de la familia respecto al servicio?:

- ¿La mejoría/curación?
- ¿La desaparición del dolor?
- ¿La desaparición del miedo que se siente ante el dolor?
- ¿La soledad ante el dolor, ante el pronóstico, ante la muerte?
- ¿Buscar un alojamiento caliente en pleno invierno?
- ¿Escondarse de un agresor?

El trato de la urgencia desde el punto de vista clínico exclusivamente puede significar, en algunos casos, un fracaso del sistema de atención. Algunas veces esto se traduce en pacientes hiperfrecuentadores de urgencias, que no ven resuelta su demanda a pesar de ser vistos varias veces, incluso en el mismo día, en el servicio.

Si partimos de que la persona es indivisible y junto a la enfermedad le acompaña todo su equipaje vital, es obvio que la urgencia social también van unida a la urgencia sanitaria, dentro del propio sistema sanitario.

Antes de llegar a la coordinación sociosanitaria entre sistemas –social, sanitario, educativo–, es básico que exista la red de atención sociosanitaria dentro del sistema sanitario. Sin esto la primera es imposible.

A pesar de que han pasado veintitrés años, en el trabajo que se llevó a cabo en el Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra, ya se describía la influencia de lo psicosocial en el abordaje en este servicio:

"Los servicios de urgencias se caracterizan por haber visto incrementada su demanda, consecuencia principal de la cultura de la prisa, de la falta de soporte, y también de la buena imagen pública de los servicios sanitarios. Y como tal servicio de urgencias se les caracteriza por hacerse cargo de pacientes que presentan una teórica situación crítica (física) que condiciona una uniformidad emocional basada en la angustia, el miedo y el desconcierto. Por tanto, el desarrollo de una atención integral donde se cubra también esta situación psicosocial especial puede incidir de forma directa en el grado de satisfacción recibida".

"Trabajo Social en Urgencias" (1986, julio-agosto), *Emergencias. Revista oficial de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)* (vol. 8, n.º 4).

La atención emocional no es propiedad de ningún profesional, todas las disciplinas colaboran en ella, pero el abordaje de aspectos psicosociales desde el trabajo social sanitario colabora en esa atención integral, sin olvidar la naturaleza propia del trabajo social sanitario que aporta formación en relaciones interpersonales. Atender los aspectos psicosociales en las urgencias contribuye a una reacción equilibrada ante cualquier situación sanitaria.

9.5.1. Algunas características de los servicios de urgencias de un hospital

El servicio de urgencias de un hospital es la puerta de entrada a la atención especializada, en la mayoría de las ocasiones sin ningún tipo de filtro sanitario. A veces, es una derivación desde primaria, pero en la mayoría de las ocasiones la ciudadanía conoce su derecho a ser atendido sólo a partir de su propia percepción de la enfermedad. Esto provoca algunas dificultades:

- La masificación de los servicios. Premura en el diagnóstico, en la toma de decisiones: inseguridad en el personal facultativo.
- La falta de estabilidad laboral. Alta movilidad del personal, que dificulta la organización del servicio.
- Los problemas para atender situaciones con dificultades de comunicación por el factor tiempo. Por ejemplo, en los casos de discapacidad, menores, inmigrantes de habla no castellana, etc.

9.5.2. Valoración preliminar de la urgencia: triaje

El proceso de valoración clínica preliminar ordena a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en función de su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados primero. En los hospitales, en general, está en manos del personal de enfermería. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones, se basa absolutamente en indicadores clínicos, sin contemplar ningún indicador de factores psicosociales. De ahí la importancia de que haya trabajo social sanitario en urgencias para atender todos los aspectos psicosociales más allá del triaje. Por ejemplo, un anciano de noventa años puede definirse con una situación clínica de poco

riesgo vital, sin embargo, el diagnóstico posterior tras cinco horas de espera, puede ser claudicación familiar. Si se hubiera un abordaje interdisciplinar, con intervención de trabajo social sanitario con la familia, podría trabajarse la prevención de reingreso, de hiperfrecuentación en el servicio, evitar la institucionalización de ese paciente, y evitarle un traslado a un servicio sanitario cuando lo que precisa es otro tipo de servicio. En esta tipología de casos es especialmente importante la derivación a trabajo social sanitario de atención primaria de salud, para llegar a un diagnóstico social sanitario adecuado y aplicar el correspondiente tratamiento social.

9.5.3. Acceso del paciente al servicio de trabajo social sanitario del hospital

En los hospitales en que no existe la figura permanente del trabajador social sanitario en urgencias, la atención de las personas está mediatizada por lo que el personal de medicina y enfermería decidan ante cada paciente.

De ahí la importancia de que desde el trabajo social sanitario se señalen indicadores de riesgo que por procedimiento impliquen un *screening* desde el trabajo social sanitario. El trabajo social sanitario cumple una gran labor educativa en esta área, para evitar que se les deriven situaciones que no les son propias y para evitar que muchas situaciones que requieren intervención social se queden sin atender.

La ausencia de trabajo social sanitario lleva a percibir la ayuda "social" desde la filantropía y no desde la ayuda profesional.

Sólo en algunos hospitales existe la figura del trabajador social sanitario las veinticuatro horas.

En la mayoría de centros es un servicio al que se acude tras la demanda que se hace al servicio de trabajo social sanitario del hospital. El objetivo es que desde el servicio de trabajo social sanitario del hospital se cuente con un programa de atención a las urgencias.

El perfil profesional de la figura del trabajador social sanitario en urgencias, además de lo expuesto en la primera parte, exige una capacidad de valoración e intervención rápida, muchas veces con una información mínima.

9.5.4. Intervención desde el trabajo social sanitario en urgencias

A priori, y salvo que el volumen de urgencias indique lo contrario, el servicio de urgencias de los hospitales generales debe contar con trabajo social sanitario las veinticuatro horas. Esto supone que esté integrado en el servicio y que pueda contar con la información adecuada.

Algunos aspectos a tener en cuenta en relación con el trabajo social sanitario en urgencias:

- El factor dedicación supone llevar a cabo la intervención adecuada desde el ingreso en el servicio, sin esperar la demanda de los sanitarios, y poder intervenir proactivamente por factores de riesgo socio-sanitario.
- El punto anterior le confiere un carácter propio a la atención en urgencias.
- La atención profesional individualizada equivale a una atención profesional que debe dar primero una respuesta rápida, pero luego orientar. No se puede perder de vista el servicio en el que estamos ni la dinámica de la atención. De la misma forma que el médico atiende la hemorragia, y luego deriva a consulta de especialista o ingresa a la persona, desde el trabajo social sanitario se atiende la urgencia psicosocial, y se hace uso de los recursos externos en la derivación y coordinación. Aquí es importante destacar el papel de detección de caso social sanitario y su derivación al ámbito primario de salud, pero no sólo desde el punto de vista de la atención integral, sino también como prevención de reingresos en el servicio de urgencias.
- El perfil del trabajador social sanitario debe ser como el indicado en la primera parte, aunque remarcamos la importancia de la capacidad para gestionar, la *inmediatez y la rapidez que exige este puesto* y, recordamos en especial, un alto conocimiento de los recursos intra y extrahospitalarios. En la mayoría de los casos no hay tiempo de consultas, ni de búsqueda de recursos. Por tanto, se exige un alto grado de conocimiento de la red comunitaria.
- El trabajador social sanitario debe tener conocimientos sobre bioética, autonomía, capacidad y competencia en particular, por el mismo motivo que se ha expuesto en el punto anterior. A veces se requiere una intervención intensa pero ágil, que debe llevar implícita este manejo.
- Alta especialización en patologías: debido a la diversidad de diagnósticos médicos, su formación empezará por adquirir conocimiento de aquellos más frecuentes.
- Alta especialización en técnicas de comunicación, intervención familiar, intervención en crisis, duelo.
- Debe tener una visión integradora entre servicios. El propio servicio de urgencias está comunicado con el resto del hospital mediante un sistema ágil que permite una comunicación rápida y eficaz. El trabajador social sanitario mantendrá esa comunicación con el resto de profesionales del servicio de trabajo social sanitario. Ante un ingreso hospitalario en otro servicio, deberá comunicar con antelación la historia social elaborada y las

actuaciones iniciadas dentro del tratamiento social, adelantándose así a las necesidades y colaborando en la planificación del alta en dicho ingreso.

La intervención será totalmente distinta en función de las situaciones que a las personas se les hayan presentado de forma imprevista (no es lo mismo un accidente de tráfico que una atención de una persona con enfermedad crónica, o con una demencia) y la repercusión que tengan en su vida personal (no es lo mismo una fractura de cadera para una persona que vive sola y trasladada a urgencias que para alguien que tiene soporte). Según el caso se necesitará intervención profesional para resolver o encauzar la situación y evitar alargar el ingreso, o una situación de exclusión, que puede ir desde localización de familiares y definir el interlocutor válido, hasta acompañamiento emocional, información personal o familiar, coordinación con otros servicios inter y extrahospitalarios, así como gestión de recursos o traslados.

Algunas situaciones que se presentan en urgencias y en las que se necesita la intervención desde lo psicosocial son las siguientes:

- Personas ancianas que viven solas, personas incapaces –aunque no haya incapacidad legal– sin soporte.
- Presunción de agresiones a menores.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Violencia de género.
- Interrupción voluntaria de embarazo (IVE) de menores.
- Personas hiperfrecuentadoras del servicio.
- Personas extranjeras con dificultades.
- Personas sin identificar.
- Fallecimiento sin soporte.
- Muerte en situaciones de necesidad.
- Pacientes y familias con diagnósticos difíciles, relacionados con enfermedades degenerativas o terminales, de afectación neurológica.
- Descompensación de patología base o diagnósticos psiquiátricos.
- Situaciones de crisis como *exitus*, espera a fallecimiento en urgencias.
- Accidentes laborales, de tráfico u otros.

Son muchas las situaciones que se atienden desde el servicio de trabajo social sanitario. Estas van desde aspectos familiares, pasando por laborales, económicos, hasta sanitarios u otros.

La intervención social sanitaria en el servicio de urgencias se puede darse de dos maneras:

- A demanda, de forma espontánea tal como van llegando las urgencias. Según sea la actitud y/o conocimiento del personal sanitario respecto del trabajo social sanitario la demanda será mayor o menor. No se trata de que haya sólo alta hospitalaria desde urgencias, se trata de que la haya alta

hospitalaria con calidad. Y que se atienda a las personas con criterio de equidad.

- Por programas, de forma proactiva, es decir, organizada sobre la base de factores de riesgo, situaciones susceptibles de vulnerabilidad, etc.

Los trabajadores sociales sanitarios también necesitan su estructura y sus criterios de coordinación con el resto de profesionales. Para ello trabajan los siguientes aspectos:

- La orientación del funcionamiento del propio hospital y del servicio de salud correspondiente respecto a servicios o prestaciones u otros servicios e instituciones, con el objetivo de colaborar en cada una de las situaciones que se atienden.
- La intervención por una parte psicosocial, en todas aquellas situaciones de crisis y sufrimiento, la muerte o el riesgo de muerte, situaciones difíciles para las propias personas y para el personal de urgencias.
- La intervención de trabajo social en el área psicosocial se ha desarrollado anteriormente en el crédito. Por otro lado, cabe mencionar, entre otras actuaciones, la localización de familiares de las personas atendidas por trabajo social sanitario, identificar al interlocutor válido, información de juzgado, ayudar al médico a concienciar de la no necesidad de ingreso, contactar con la compañía de seguros o mutua, apoyo ante informaciones difíciles, etc.
- La coordinación de la gestión de derivaciones y traslados interhospitalarios.
- El papel de potenciador de los derechos y deberes de la población.
- La colaboración en estudiar las mejoras en la atención integral y en conocer el grado de satisfacción de las personas atendidas y sus familiares.

Caso práctico de atención a una persona atendida en el servicio de urgencias desde el trabajo social sanitario del hospital

Resumen de historia de trabajo social sanitario informatizada: Carmen, de 70 años, llega al servicio de urgencias el martes a las 11 h de la mañana, trasladada por una ambulancia convencional. Se ha sincopado en la calle cuando iba a hacer sus compras y los viandantes han solicitado la intervención de urgencias por teléfono. Cuando llega al servicio de urgencias se recupera totalmente. Clínicamente se le diagnostica un "síncope vagal", y se la remite a su médico de familia para seguimiento.

El personal de enfermería detecta una situación de higiene deficiente. Carmen refiere querer volver a su domicilio con prontitud, verbaliza que su hijo, que presenta discapacidad intelectual, le está esperando en casa y que ella es la responsable de administrarle la comida antes de irse al taller ocupacional donde trabaja.

Se solicita interconsulta al servicio de trabajo social sanitario. Enfermería transmite que cree que es una situación de riesgo.

Carmen tiene 70 años, parece presentar dificultades para cuidar de sí misma, ha presentado esos síncope ya en varias ocasiones y, además, cuida de un hijo discapacitado.

Diagnóstico social sanitario: En este caso no se puede construir un diagnóstico social sanitario al no contar con el contexto para ello. El caso requiere inmediatez, existe falta de tiempo para consultar y contrastar fuentes. Sería indicado hacer una aproximación diagnóstica, similar al juicio clínico que elaboran los profesionales de medicina: "Mujer con enfermedad aguda resuelta, cuidadora principal de persona discapacitada, que presenta limitaciones en su autocuidado".

- ¿Qué tipo de intervención se plantearía? ¿una atención profesional individualizada, o una intervención desde un procedimiento de trabajo social de caso?
- ¿De cuánto tiempo disponemos para nuestra intervención?

Desde el servicio médico tiene el alta hospitalaria. Por tanto, excepto que se considere que es un alta con mucho riesgo por factores sociales, habrá que determinar el objetivo de la intervención de forma rápida y ofrecer una atención profesional individualizada. En este caso, se trata de hacer lo siguiente:

- Recoger el máximo de información posible para realizar la derivación a la atención primaria de salud, y que desde ahí se elabore el diagnóstico social sanitario y se señalen las líneas de la intervención.
- Contar con el permiso de la paciente para continuar el tratamiento social tras el alta del hospital por parte de la atención primaria sanitaria.

Es muy importante recoger la información en el informe de trabajo social sanitario de alta, instrumento profesional que asegura la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención. Dicho informe rentabiliza el tiempo del profesional que lo recibe y favorece que la intervención sea continuada con la del ámbito hospitalario.

9.6. Trabajo social sanitario en el servicio de cuidados intensivos

En cuidados intensivos la muerte es una realidad muy posible, más posible que en otro servicio. El término paciente crítico cobra aquí todo su protagonismo. Una unidad de cuidados intensivos (UCI), o unidad de vigilancia intensiva (UVI), es una instalación especial de un hospital que proporciona medicina intensiva. Muchos hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas. Según el volumen de pacientes ingresados puede haber varias unidades de cuidados intensivos especializadas en diferentes áreas de la medicina, como son:

- Cuidados intensivos cardiológicos o unidad coronaria.
- Unidad postoperatoria de cirugía cardíaca.
- Trasplante de órganos.
- Cuidados intensivos psiquiátricos.
- Cuidados postoperatorios, aunque la mayoría son unidades de cuidados intensivos polivalentes.

Si la población pediátrica lo justifica, se desarrollan unidades de cuidados intensivos pediátricos. Debemos diferenciar estas unidades de las unidades neonatales, cuyos pacientes se mueven en un rango estrecho de edad conocido como periodo neonatal (desde el nacimiento hasta el día 28 de edad).

La medicina intensiva es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos y que, en general, también requieren supervisión y monitorización intensiva.

Las personas que requieren cuidados intensivos también acostumbran a necesitar soporte para la inestabilidad hemodinámica (hipotensión), para las vías aéreas o el compromiso respiratorio o el fracaso renal, y a menudo para los tres. Los pacientes admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI), también llamadas unidades de vigilancia intensiva (UVI), que no requieren soporte mencionado antes, en general son admitidos para la supervisión intensiva/invasora, habitualmente después de cirugía mayor.

Los cuidados intensivos normalmente sólo se ofrecen a los pacientes cuya condición sea potencialmente reversible y que tengan posibilidad de sobrevivir con la ayuda de dichos cuidados. Puesto que los enfermos críticos están cerca de la muerte, el resultado de esta intervención es difícil de predecir. En consecuencia mueren todavía muchos pacientes en las unidades de cuidados intensivos. Un requisito previo a la admisión en una unidad de cuidados intensivos es que la condición subyacente pueda ser superada. Por lo tanto, el tratamiento intensivo sólo se utiliza para ganar tiempo con el fin de que la aflicción aguda pueda ser resuelta.

Está reconocido que las enfermedades críticas no sólo causan tensión emocional en el cuerpo, sino también una severa tensión emocional en el paciente, al igual que en sus familiares y amigos. El cambio súbito en la condición de los pacientes se espera con frecuencia, ya sea en recuperación o muerte. En comparación con las unidades generales, en la UCI los pacientes y familiares son testigos de un alto volumen de emergencias y muerte entre los pacientes vecinos. Muchas veces es la primera experiencia para los familiares, que no están preparados para aceptar la realidad de la gravedad del paciente.

Por la organización, las familias sólo pueden acceder a la persona hospitalizada generalmente dos veces al día, alrededor de media hora. Esto supone:

- Una gran ansiedad en las visitas, por no poder asistir de cerca y de forma continua la evolución clínica de su familiar.
- Un problema de alojamiento, en muchos casos, al no poder contar con una habitación donde permanecer con la persona enferma, aunque sólo sea un sillón abatible y un aseo.

9.6.1. Intervención desde el trabajo social sanitario en la UCI o la UVI

La trabajadora social sanitaria colabora con el personal de medicina y de enfermería identificando las necesidades emocionales de los pacientes y familiares, colaborando en favorecer una comunicación basada en tener la oportunidad de hacer preguntas, en la expresión de sus preocupaciones y temores, ayudándoles a superar la crisis, prestando apoyo emocional, discutiendo sus preocupaciones y ofreciendo ayuda con sus sentimientos de culpabilidad y en asuntos como decisiones de cuidado y plan de alta del hospital.

La situación de la familia de un paciente en la UCI se caracteriza por la presencia de un trauma emocional condicionado por la presencia de múltiples sentimientos como miedos, temores, tensiones, enojo, ansiedad y depresión. En este contexto, el trabajador social sanitario se hace imprescindible:

- Como enlace entre el personal de la UCI y la familia.
- En la contención de la angustia y carga emocional que genera el estado crítico.
- En las habilidades de comunicación: comunicar malas noticias, acompañar en trámites relacionados con ellas.
- Cuando no existe familia, ni red de apoyo, el trabajador social sanitario debe asegurarse de que este motivo no interfiera en los derechos de la persona. El paciente debe tener a su alcance las prestaciones que le corresponden, y el profesional de trabajo social sanitario debe encargarse de hacer aquellas gestiones que la persona no pueda. Por ejemplo, notificar el ingreso hospitalario a un juzgado donde esté citado, gestionar su baja laboral, etc., y defender sus derechos como persona no capaz en ese momento.
- En el momento del alta, el paciente y su familia son despedidos por el equipo de cuidados del servicio, equipo con el que se han generado lazos de confianza terapéutica, y se ven obligados a relacionarse con un nuevo equipo de cuidados, que en muchas ocasiones desconocen. Este proceso de continuidad puede resultar especialmente frágil en aquellos casos de debut en las situaciones de dependencia y vulnerabilidad para pacientes/familias que no estaban previamente preparadas. La trabajadora social sanitaria se asegura de la continuidad de la atención social mediante la derivación dentro de su propio servicio. Elabora su despedida y la recepción de la nueva profesional como base reductora de la ansiedad ante el cambio.

9.6.2. Limitación del esfuerzo terapéutico. Voluntades anticipadas

Aunque este tema ya se ha tratado ampliamente en otro crédito, hacemos referencia a él por tratar un servicio como la UCI.

La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor potencia y agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Esta capacidad, que en principio es deseable, tiene también sus inconvenientes. Pues bien, se entiende por la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica. En las UCIs, la LET está directamente relacionada con la formalización o no de las voluntades anticipadas, o testamento vital.

El *documento de voluntades anticipadas* es un documento escrito en el que se expone la voluntad sobre los tratamientos médicos y los cuidados que se desean recibir o rechazar si, llegado el momento, la persona que lo formula pierde la capacidad de participar en la toma de decisiones. Tiene derecho a manifestar sus objetivos vitales y valores personales cualquier persona mayor de edad que actúe libremente y que no haya sido incapacitada judicialmente. El equipo sanitario y el sistema de atención sanitaria están obligados a tenerlos en cuenta y, en el caso que sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes, aplicarlas de acuerdo con lo establecido en la ley.

En este contexto, y visto ya sólo desde la perspectiva de los derechos del paciente, es fundamental elaborar la historia de trabajo social sanitario de todos los ingresos e identificar las relaciones familiares, las afectivas, las limitaciones para el diagnóstico, para la participación en los cuidados, así como en los siguientes aspectos:

- Los procesos de comunicación de malas noticias.
- La localización de familiares en accidentes.
- El apoyo en el traslado a hospitales de referencia.
- El apoyo a la familia en la búsqueda de alojamientos mientras dure el ingreso en la UCI.
- El apoyo en la reorganización familiar: a veces hay pacientes ingresados con cargas familiares, con menores al cuidado.

En la coordinación con el equipo sanitario del servicio, éste mantendrá un grado adecuado de información sobre la evolución del paciente con el trabajador social sanitario, como elemento puente de relación entre la familia y el equipo.

Destaca la importancia del registro de la historia social sanitaria, ya que, excepto en el caso de los fallecimientos, el resto de pacientes emigra luego a otro servicio donde debe recogerse la historia social sanitaria con el tratamiento realizado hasta ese momento, con lo que resulta un instrumento de "enlace" y coordinación entre los trabajadores sociales sanitarios de la institución.

Caso práctico de atención a una persona hospitalizada en UCI desde el trabajo social sanitario del hospital

Resumen de la historia de trabajo social sanitaria informatizada: Roberto, de 47 años. Llega a urgencias y entra en coma antes de la entrevista clínica. Traslado interno a UCI.

La única información que se ha recogido en la entrevista de triaje en el servicio de urgencias, antes de entrar en coma de forma inesperada, es que está de paso en este municipio, que procede de otra comunidad autónoma y que no tiene familia. Refiere a enfermería que vive en una caseta dentro de la finca de un señor para el que trabaja.

Se procede a una investigación con las fuentes identificadas hasta ese momento: la enfermera y la médica de urgencias que lo recibieron y la documentación que él aportaba (se comprueba ante testigos).

Diagnóstico social sanitario: "Persona sin familia, con enfermedad orgánica invalidante, cobertura sanitaria en otra comunidad autónoma, sin representante legal ni formal, con la capacidad de competencia nula en este momento. Se inician gestiones de búsqueda de contactos a partir de la poca información disponible".

La trabajadora social sanitaria contacta telefónicamente –entre la documentación revisada está ese número de teléfono– con la persona que le había cedido la caseta para vivir.

Se trata de una persona nacida en Madrid, transeúnte hasta que llegó a Huesca a trabajar en la temporada agrícola hace siete años, y desde entonces vive en una caseta cedida. Había referido no tener familia. Mantiene contacto con una religiosa de un albergue de Zaragoza. Se contacta con ella y ésta reitera la información.

Económicamente, percibe una pensión no contributiva gestionada en Huesca, por lo que mantiene una cuenta en una entidad bancaria en la misma provincia.

Su cobertura sanitaria también está gestionada en Huesca. Tarjeta sanitaria de Aragón.

Afectivamente, la familia que lo acoge en su terreno verbaliza "tenerle cariño" y demanda el traslado al hospital más cercano para poder visitarle, aunque manifiesta no desear hacerse cargo de sus cuidados.

En coordinación con el equipo sanitario se solicita el traslado al hospital de referencia en el momento que su situación crítica lo permita. Mientras tanto, la trabajadora social sanitaria está en contacto con su red de apoyo, manteniendo la información al día y solicitando aquélla que es necesaria para la gestión del traslado.

En este caso es interesante tener en cuenta que si se hubiera tratado de una persona en situación laboral activa se tendría que gestionar la incapacidad laboral transitoria en coordinación con su red de apoyo y la trabajadora social sanitaria del centro de salud de referencia. Si hubiera existido sospecha de la existencia de familiares, se tendría que llevar a cabo una investigación en ese sentido para intentar localizar la familia (posible coordinación con juez, policía judicial).

Quedan interrogantes para la reflexión, desde el punto de vista ético: no sabemos si este paciente, al no ser competente para decidir (no se puede comunicar), habría querido localizar a su familia o no, ni qué opinión tenía sobre las medidas a aplicarle en el servicio. Aquí queda de manifiesto la importancia de las voluntades anticipadas en el sistema sanitario. Ante su ausencia, se trabajará con criterios de beneficencia (hacer el bien).

La alternativa, de acuerdo con la utilización de recursos sanitarios propios de cada comunidad autónoma, fue gestionar el traslado a su comunidad autónoma de refe-

rencia para continuar la hospitalización. Previamente se informó de forma adecuada al juzgado.

9.7. Trabajo social sanitario en el servicio de neurología

Las patologías más frecuentes a atender en neurología son ictus, Parkinson y esclerosis múltiple. A continuación vamos a describir algunas características de cada una de ellas:

a) Algunas características del AVC

Ésta es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o que llegan al cerebro. Es, además, causa frecuente de discapacidad permanente, lo cual repercute muy significativamente en las personas afectadas, las familias y en la comunidad.

Las enfermedades cerebrovasculares o ictus se sitúan en el tercer lugar del *ranking* de las causas de muerte más frecuentes en los países desarrollados, por detrás de la enfermedad coronaria y el cáncer. También son la causa más importante de morbilidad y discapacidad a largo plazo en Europa, lo cual comporta una importante carga económica. "Se calcula que en el año 2007 murieron en todo el mundo unos 59 millones de personas y que las enfermedades cerebrovasculares fueron la causa de la muerte en el 10% de los casos y la causa de discapacidad en otros muchos millones". *Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria*. MSC.

Suele aparecer de forma repentina, con el impacto que esto supone para la persona y para la familia. Como secuelas presenta parálisis o pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo, cara o extremidades, trastornos del habla, del equilibrio, cognitivos (la atención, la concentración y la memoria se ven afectadas), emocionales (cuadros depresivos, labilidad, ansiedad), déficits motores, dolor. Esto requiere diversas actuaciones:

- Una atención interdisciplinar por definición: neurólogo, rehabilitador, fisioterapeuta, neuropsicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social sanitario, con objetivos de atención integral.
- Un acompañamiento desde el inicio. El trabajador social sanitario es un miembro imprescindible del equipo. El acogimiento, la contención emocional, la intervención social, lo que significa colaborar en el regreso de la persona a su entorno y desde ahí potenciar sus aspectos positivos para que por sí misma pueda afrontar su realidad vital, o incluso modificarla.

b) Algunas características del Parkinson

Enfermedad progresiva, se caracteriza por la degeneración de unas neuronas ubicadas en una región del cerebro llamadas ganglios basales. Dichas neuronas fabrican la dopamina, encargada del correcto control de los movimientos.

En el inicio se presentan síntomas poco específicos, temblor, rigidez, dolores articulares, cuadro depresivo de larga duración... Luego evoluciona con temblores más importantes, rigidez muscular que impide tareas como vestirse o caminar, trastornos del sueño, fatiga... Se produce un *aislamiento social* por la incapacidad de controlar los propios movimientos y la dificultad para ser autónomo, para coger un transporte público, comporta un deterioro de la imagen. Esto repercute en la relación de pareja, familiar, laboral.

c) Algunas características de esclerosis múltiple

Enfermedad degenerativa desmielinizante del sistema nervioso central. Los síntomas van apareciendo de forma gradual, o en forma de brotes.

Aunque con el tratamiento se puede disfrutar durante muchos años de un elevado grado de movilidad, el miedo a que en cualquier momento se produzca una crisis incapacitante causa gran ansiedad a la persona afectada.

Además, de los síntomas físicos (astenia, disnea, espasmos, calambres, problemas de visión...) y de los cognoscitivos (pérdida de memoria, dificultad para hacer tareas sencillas), los aspectos emocionales (tristeza, rabia, miedo, ira, impotencia) tienen importantes implicaciones sociales, en especial cuando interfieren con el trabajo, la escuela y la vida familiar.

9.7.1. Características sociales que acompañan diagnósticos neurológicos que generan dependencia

Las características sociales que acompañan diagnósticos neurológicos que generan dependencia son las siguientes:

- Cambios en la estructura y dinámica familiar, relacional, laboral, emocional.
- Pérdida de función social.
- Aislamiento.
- Cambio en aspectos económicos. Pérdida económica.
- Sobrecarga del entorno. Estrés de la persona cuidadora.
- Cambios forzosos en lo personal, lo físico, lo emocional.
- Deterioro en la función cognitiva y dificultades, a veces incapacidad, en la toma de decisiones por la afectación neurológica. Dificultades familiares para manejar los problemas conductuales.
- Situaciones de ansiedad y nerviosismo ante el alta hospitalaria.

9.7.2. Intervención de trabajo social sanitario

En la intervención de trabajo social sanitario cabe destacar los siguientes elementos:

- Detectar situaciones de riesgo socio-sanitario (*screening*).
- Favorecer, apoyar y colaborar en los procesos de cambio personal familiar y social.
- Reducir angustia, desarrollar mecanismos de adaptación, intercambiar, verbalizar sensaciones, valoraciones.
- Crear relación de confianza.
- Valorar estrategias, minimizar riesgos sociales y preparar reinserción familiar. Técnicas de escucha ya descritas, técnicas de apoyo emocional: lenguaje asequible, preguntas abiertas, comunicación positiva, no utilizar palabras de susto o amenaza, no ocultar información, pero sí hablar de información soportable, ofrecer confianza y seguridad, tono de voz, facilitar la expresión de sentimientos, contrarrestar la angustia, la tristeza y el dolor, etc.
- Identificar necesidades posthospitalarias. Identificar persona cuidadora, formas de cuidado de la persona cuidadora, conocimiento de los soportes comunitarios, ayudas técnicas.
- Tener en cuenta la situación laboral de la persona para orientarla en incapacidades temporales, invalidez, etc.
- Asegurar la continuidad de la atención social sanitaria. Coordinación con la atención primaria de salud.
- Informar. Facilitar. Gestionar, si es necesario, el acceso a recursos y prestaciones, incluidas las asociaciones de afectados.

Caso práctico de atención a una persona con diagnóstico de Parkinson desde el trabajo social sanitario del hospital

Resumen de la historia de trabajo social sanitario informatizada: Mercedes, de 54 años, diagnosticada de Parkinson hace 8 años, en tratamiento con los últimos fármacos. Casada, con dos hijos ya emancipados, convive con su marido, una relación afectiva estable. Actividad laboral: administrativa de una empresa de servicios.

Situación laboral: activa. En la última revisión de su incapacidad temporal, desde el Instituto Nacional de la Seguridad Social se le había prescrito el alta, situación que ella quería recurrir por considerar que su estado era de invalidez permanente.

En consulta de revisión de neurología, se le propone la administración de un fármaco nuevo, dado que no estaba mejorando con su tratamiento actual. Admite e inicia la administración de dicho fármaco.

A los seis meses, en la siguiente consulta de revisión, Mercedes expone al neurólogo lo siguiente:

- Expresa que tiene "sentimientos y sensaciones nuevas": había empezado a desarrollar una conducta ludópata, jugando a las máquinas de los establecimientos hosteleros, participando en programas concurso de televisión, hasta el punto de faltar al trabajo para acudir a establecimientos de juego.
- A consecuencia de esto, hizo una mala administración de la economía familiar escondiendo información a su cónyuge, lo que llevó como consecuencia a adquirir deudas importantes.
- Tenía problemas laborales porque la enfermedad avanzaba y no podía desempeñar las tareas profesionales habituales de su puesto.
- Como consecuencia de esta sintomatología, la relación de pareja se había deteriorado significativamente. Además, había ocultado a sus hijos el problema de la ludopatía, con lo que también los apartaba de su proceso neurológico.
- Presentaba dificultades para conducir su vehículo por los síntomas de su enfermedad y, por tanto, para desplazarse a su trabajo; no contaba con apoyos por el deterioro de las relaciones familiares.

En la revisión, se le indica por parte del servicio médico que el problema actual de ludopatía que presenta es efecto secundario de la última medicación pautada, hecho que ella desconocía. El facultativo de neurología realiza la derivación a la trabajadora social sanitaria para orientación en el ámbito laboral.

Diagnóstico social sanitario: "Mujer con enfermedad crónica neurológica, conflicto en sus relaciones familiares y gastos extraordinarios derivados de su enfermedad, soledad en el proceso, con dificultades para el desempeño laboral y dificultades para el reconocimiento de su incapacidad por parte de los servicios de inspección".

La intervención de trabajo social sanitario pasa por los puntos siguientes:

- Orientación en el ámbito laboral.
- Orientación en el ejercicio de su derecho con una reclamación por la falta de información ante los efectos secundarios.
- Trabajo social familiar: orientación y apoyo con la pareja y los hijos en la comunicación de lo ocurrido. Consejo sobre cómo pedir ayuda a su red familiar, acompañamiento emocional en el proceso.
- Estudio de la situación económica actual y orientación en la búsqueda de alternativas.
- Coordinación con neurología para saber el tratamiento actual y los posibles efectos secundarios.

9.8. Trabajo social sanitario en el servicio de psiquiatría

Algunas características de una unidad de agudos de psiquiatría son las siguientes:

La unidad de agudos de psiquiatría se ha proyectado como una unidad dirigida a personas adultas que padecen un trastorno psiquiátrico agudo y que requieren un abordaje intensivo breve.

La procedencia puede ser bien del servicio de urgencias hospitalario, bien del centro de salud mental de referencia, bien de la hospitalización desde otro servicio médico.

Desde el punto de vista estructural la unidad se concibe como una unidad cerrada, dotada de dispositivos de contención/aislamiento y vigilancia intensiva, con zonas de alojamiento y zonas de estar diferenciadas, aunque cercanas.

Hablamos de pacientes con trastorno mental grave:

- Psicosis orgánica.
- Esquizofrenia y trastorno paranoide.
- Psicosis afectiva, depresiones mayores.
- Tentativas de suicidio.
- Otras psicosis.
- Trastornos graves de la personalidad.
- Retraso mental con trastorno del comportamiento.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Agorafobia grave.
- Trastorno de la conducta alimentaria.
- Trastorno profundo del desarrollo en el niño.
- Trastorno debido al consumo de sustancias psicotrópicas.

Y de pacientes con trastorno mental menos grave:

- Trastorno distímicos.
- Trastornos ansiosos.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastorno de la adaptación.
- Otros trastornos neuróticos.
- Factores ambientales.
- Trastornos menos graves de comienzo en la infancia.

Esta clasificación pertenece al: Programa de atención a personas con trastornos mentales graves. Enero 2005. Gobierno de Navarra.

La esquizofrenia, por ser uno de los trastornos frecuentes atendidos en las unidades o servicios de psiquiatría en hospitalización se expondrá de forma amplia. No es posible hacer una intervención de trabajo social sanitario sin conocer la enfermedad, sus distintas fases.

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque suele comenzar al final de la adolescencia. También hay casos (muy raros) de aparición en la infancia que suelen enmascarse con problemas escolares o de mal comportamiento.

Los síntomas comunes en las personas adultas, como las alucinaciones y los delirios, son extremadamente raros antes de la adolescencia.

Una persona con diagnóstico de esquizofrenia por lo general manifiesta delirios, alucinaciones, alteraciones afectivas (en el ánimo o en las emociones), del lenguaje y conductuales, así como un pensamiento desorganizado.

En el crédito dedicado a la salud mental se desarrolla más ampliamente la esquizofrenia. La idea de la locura ha existido desde antiguo y los primeros datos que pueden estar relacionados con síntomas psicóticos datan del 2000 a. C. en el *Libro de los corazones*, parte del antiguo Papiro Ebers.

A lo largo de los años, en los países occidentales la esquizofrenia se ha clasificado en simple, catatónica, hebefrénica o paranoide.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE (Clasificación Internacional Estadística de enfermedades y problemas de salud) describe siete:

- (F20.0/295.3) Tipo paranoide. Predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas y delirios. El DMS (El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association), exige que no haya desorganización en el lenguaje, ni afectividad inapropiada.
- (F20.1/295.1) Tipo desorganizado o hebefrénica. Predomina el discurso y el comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada.
- (F20.2/295.2) Tipo catatónico. Con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como un muñeco de cera), puede llegar hasta el estupor catatónico, lo que conlleva una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- (F20.3/295.9) Tipo indiferenciado. Presenta síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos anteriores.
- (F20.5/295.6) Tipo residual. Los síntomas positivos están presentes tan sólo en baja intensidad.

Las cifras son códigos del CIE/DSM. La OMS reconoce dos tipos más:

- (F20.4) Depresión postesquizofrenia.
- (F20.6) Esquizofrenia simple, su desarrollo es insidioso.

En la actualidad, en psiquiatría se agrupan los síntomas en cinco dimensiones:

- 1) Síntomas positivos. Son aquellas manifestaciones que el paciente muestra o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.
- 2) Síntomas negativos. Son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden afrontar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día.
- 3) Síntomas cognitivos. Son los que provocan mayor discapacidad social.
- 4) Síntomas afectivos. Considerados síntomas negativos. Irritabilidad, preocupación, tensión, humor depresivo, apatía o falta de motivación, desesperanza, paranoia e ideas o intentos de suicidio.
- 5) Síntomas sociales/ocupacionales. Como hostilidad, impulsividad, aislamiento, conducta antisocial.

La enfermedad y sus fases:

- 1) Fase prodrómica. Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, con rendimiento bajo.
- 2) Fase activa. Es la fase en la que se desencadena la enfermedad, los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... En esta fase la familia suele alarmarse y pedir ayuda médica.
- 3) Fase residual. No la sufren todos los enfermos, en ella los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral puede ser grave.

El tratamiento puede ser de dos tipos:

- a) Farmacológico. El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos.
- b) Rehabilitación psicosocial. Consiste en enseñar o capacitar habilidades laborales, técnicas de habilidades sociales, en especial para vivir en comunidad. A veces psicoterapia individual, grupos de autoayuda e intervención de trabajo social sanitario dentro de un equipo interdisciplinar (individual y familiar),

es fundamental que la persona deje de tener alucinaciones, delirios, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que esté ocupado durante todo el día, que tenga su grupo social de referencia.

9.8.1. Intervención del trabajo social sanitario en el hospital

La intervención del trabajo social sanitario debería llevarse a cabo siempre de forma programada, con tres objetivos claros:

1) Detectar situaciones de riesgo social. Sobre la base de la existencia de unos criterios de riesgo sociosanitario observados que permitan inferir la presencia de algún problema social. Hacer *screening*, y en función de su resultado, pasar a la intervención directa. Por ejemplo, algunos criterios de riesgo, entre otros, serían los siguientes:

- Personas que debutan con enfermedad mental.
- Personas que viven solas.
- Mayores de 65 años.
- Mujeres con hijos menores.

2) Atender problemas sociales que ya estaban diagnosticados por el trabajo social de otros servicios y/o entidades, o en ingresos anteriores.

3) Prevenir futuros problemas sociales. Apoyándonos en los resultados de la intervención, podremos trabajar en la planificación de los recursos que puedan ser necesarios. Por ejemplo, si se detecta que ingresan personas sin recurso de vivienda y no existe el recurso de patrona protegida o similar, se podrá plantear la necesidad de dicho recurso en la comunidad.

Los objetivos de la intervención son los siguientes:

- Aportar los aspectos socio-familiares de la persona hospitalizada.
- Aportar el diagnóstico social sanitario.
- Definir la intervención junto con el equipo sanitario:
 - Coordinación inter-extrahospitalaria con profesionales y/o recursos: petición de camas, coordinación con ambulancias, con recursos de media estancia, comunidades terapéuticas, etc.
 - Reorganización familiar: apoyo en crisis, restablecimiento de las relaciones familiares, etc.
 - Apoyo a la persona cuidadora.
 - Acompañamiento emocional.
 - Derivación a trabajo social sanitario desde la atención primaria de salud o el centro de salud mental para continuar el tratamiento social sanitario tras el alta.

En cuanto a la autonomía y la competencia –no debemos olvidar que se ha hecho referencia en créditos anteriores y se ampliará en el siguiente–, vamos a resaltar que por ser enfermo mental no hay que dejar de respetar la autonomía del paciente. Tampoco se debe determinar que un paciente no es competente por su enfermedad mental. En todo caso, deberá estudiarse de forma personalizada y por el equipo interdisciplinar en qué áreas puede tener su competencia al 100% y en cuáles quizás está disminuida o desaparecida. Las familias, muchas veces debido al cansancio que supone el cuidado de enfermos mentales crónicos residuales, demandan la institucionalización durante el ingreso hospitalario, entendiendo que un ingreso judicial en el servicio del hospital facilita el paso a dicha incapacidad legal, y no es así. Para cada decisión que hay que tomar, se tiene que volver a valorar la competencia del paciente, y aportar los aspectos psicosociales que supone la enfermedad en su entorno natural.

Caso práctico de atención a una persona atendida en unidad de agudos de psiquiatría desde el trabajo social sanitario del hospital

Resumen de historia de trabajo social sanitario informatizada: mujer de 87 años, soltera, vive sola. Los vecinos la oyeron gritar y solicitaron la intervención de la policía, quien la traslada al servicio de urgencias del hospital.

Una vez atendida, ingresa en principio en el servicio de geriatría, y una vez hecha la valoración integral de la situación que presenta con la información recogida de las fuentes (policía, vecinos, trabajadora social sanitaria y médico de atención primaria) y atendida la patología geriátrica que presentaba, se decide el ingreso en el servicio de psiquiatría con diagnóstico de trastorno de la personalidad con rasgos paranoicos manifestando un síndrome de Diógenes.

Diagnóstico social sanitario: "Mujer de edad avanzada, con enfermedad psíquica, carencia de familiares directos. Situación de convivencia: vive sola, carente de red social de apoyo, con capacidad de autonomía presuntamente disminuida. Se descarta la existencia de familiares o personas de referencia y se permanece a la espera de que se amplíe el diagnóstico médico. Se presentará el caso en el juzgado para tomar medidas cautelares".

Éste es un resumen de una situación complicada.

La trabajadora social sanitaria coordinó la recogida de información de todas las fuentes y de pruebas (fotográficas de la policía). Coordinó la elaboración del informe conjunto entre el ámbito primario y especializado para presentar en el juzgado.

Se trabajó con la persona en todo momento la concienciación de su necesidad de ayuda, así como la información de todo su proceso, gestiones que se iban haciendo... Al final hubo una resolución judicial de incapacidad legal con medidas cautelares de ingreso involuntario en un centro gerontológico, no obstante ella colaboró en la utilización de sus medios económicos para dicho ingreso.

9.9. Trabajo social sanitario con neonatos con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas

Estamos hablando de una realidad que implica a diferentes servicios médicos:

- Servicio de ginecología y obstetricia.
- Servicio de pediatría.
- Enfermería de hospitalización de ambos servicios.

- Trabajo social sanitario.

El nacimiento de un hijo supone para los padres una fuente de incertidumbre acerca de su propia capacidad para ejercer como tales y para conocer las reacciones normales o anormales del menor, el ritmo de crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo que el neonato debe seguir. En definitiva, los padres de un recién nacido, aun sin ser el primer hijo, tienen dudas acerca de todo lo que respecta al normal desarrollo de su bebé. Si a estas condiciones previas, añadimos que se trate de un bebé con alteraciones en su desarrollo, cuyo pronóstico es incierto, las dudas y miedos de los padres se multiplican, lo que provoca la aparición de ansiedad y preocupación, que pueden provocar una interferencia en la relación padres-hijo. Esto supone un proceso de aceptación y adaptación muy complicado, con una necesidad de acompañamiento y asesoramiento muy importante. (Véase www.anfasnavarra.org).

También, como característica especial, hay que tener en cuenta que la atención a estos menores se desarrolla desde tres servicios, de forma lineal, pero también solapada: cuando la madre ha dado a luz y está hospitalizada, atendida por ginecología, el menor se encuentra hospitalizado atendido por pediatría. La trabajadora social sanitaria debe tener en cuenta este hecho, recogiendo información de ambos servicios y definiendo objetivos de trabajo conjuntos, que pasan por utilizar el mismo mensaje a las personas atendidas. Esto supone un trabajo intenso de coordinación, en tiempo y en espacio.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia establece en su disposición adicional decimotercera, "Protección de los menores de 3 años" lo siguiente:

"Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el sistema para la autonomía y atención a la dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia. El instrumento de valoración previsto en el artículo 27 de esta Ley incorporará a estos efectos una escala de valoración específica."

La Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, amplió el permiso de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad. El Real decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, establece en su disposición adicional tercera que para la acreditación de la discapacidad del hijo o menor acogido se aplicará la escala de valoración específica para menores de 3 años, siendo igualmente de aplicación el baremo establecido en el Real decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, sobre procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. El Real decreto 1198/2007, de 14 de septiembre, modifica el Real decreto 504/2007, de 20 de abril, en

materia de reconocimiento de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo y de reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona en las prestaciones no contributivas.

Los objetivos del trabajo social sanitario con neonatos que padecen trastornos o presentan riesgo de padecerlos son los siguientes:

- Ofrecer acompañamiento emocional a la madre y al padre, en particular, y a la familia, en general, durante la hospitalización:
 - Contención emocional, ayuda a la expresión de sentimientos, interpretación de las distintas fases: rabia, culpa, ansiedad, desesperanza, miedo.
 - Refuerzo del sistema de la pareja.
 - Reorganizar roles de la familia extensa, con el objetivo de apoyo frente al de invadir la intimidad.
- Dar una primera información de orientación, adecuada a su proceso emocional. Los plazos de tiempo para algunas prestaciones a veces no acompañan a los procesos emocionales, pero son cuestiones que hay que abordar para no perder derechos.
- Trabajar en coordinación con enfermería y medicina el refuerzo de los lazos afectivos, el apego, y manejar todo esto sabiendo la proximidad de la muerte en algunos momentos. Ayudar en la contradicción entre las necesidades que presenta el neonato (establecimiento de lazos) y, a veces, su mal pronóstico.
- Establecer un puente entre la expresión de sentimientos y dudas de los padres y el servicio médico.
- Asegurar la continuidad del tratamiento social, psicológico y de estimulación de su hijo o hija tras el alta hospitalaria.
- Trabajar el duelo si se produce fallecimiento. En estos servicios la relación entre los padres y el personal sanitario se torna habitualmente de confianza, confianza en aquellas personas que pueden salvar la vida de un hijo. Por esto, es aquí donde hay que hacer una primera intervención en el duelo: reconocimiento de su labor, de su participación e implicación.

Diagnóstico social sanitario y tratamiento social: elaboración del diagnóstico social sanitario, que determinará las fortalezas de las que disponen los progenitores, que hay que reforzar, y los aspectos vulnerables sobre los que hay que trabajar, estableciendo el tratamiento social adecuado:

- Acompañamiento emocional: escucha activa, posibilitar el llanto...

- Información/orientación
- Solicitud de recursos y/o prestaciones:
 - Solicitud de valoración de dependencia.
 - Solicitud de reconocimiento de minusvalía.
 - Solicitud de ampliación del permiso por descanso de maternidad.
 - Solicitud de programa de atención temprana.
 - Solicitud de prestación familiar por hijo minusválido a cargo (INSS).
- Informe de trabajo social sanitario de derivación. Se trata del instrumento que permitirá la continuación del tratamiento social al alta por parte del trabajador social del centro de salud de referencia, lo que asegura que no se rompa el circuito social sanitario de atención. En el caso de darse alta hospitalaria, suelen ser menores que reingresan para intervenciones pendientes o con patología aguda no resuelta. Es fundamental la coordinación entre primaria y especializada para que el tratamiento social no se vea interrumpido en ninguna de las dos direcciones.

Caso práctico de atención a una familia con neonato con alteraciones en el desarrollo desde el trabajo social sanitario del hospital

Resumen de la historia social informatizada: María, de 34 años, se encuentra embarazada esperando su primer hijo, tras dos abortos espontáneos. El embarazo ha evolucionado bien, no se ha detectado ninguna anomalía. Tras el parto, el personal facultativo decide trasladar al bebé a otra área del servicio y posteriormente informa a los padres de que el niño ha nacido con varias malformaciones y que el pronóstico de vida es a corto plazo, se les prepara para un fallecimiento del niño en cualquier momento.

En el mes siguiente el niño no fallece, y evoluciona favorablemente dentro de sus limitaciones: parece que presenta dolor continuo, está irritable, y la administración de la comida tiene lugar por vía nasogástrica.

Los padres, que se habían alejado del menor por miedo a establecer vínculos con un hijo con pronóstico de fallecimiento (hacen visitas esporádicas, nunca solos, siempre con un familiar, no establecen contacto físico con el menor), están bloqueados y muestran enfado con el personal sanitario que atendió el embarazo y el parto. Esta situación emocional dificulta que se pueda avanzar en el establecimiento de una relación madre-padre-hijo. No hay actitud de abandono del menor.

Diagnóstico social sanitario: "Neonato con alteraciones en el desarrollo, padres en situación emocional de alto estrés e incapacidad para asumir la situación, con relación conflictiva en la comunicación con el personal sanitario. Se interviene en la esfera de la relación entre la pareja y para reforzar el vínculo con el hijo. Acompañamiento en las gestiones derivadas del reconocimiento de la discapacidad".

Objetivos de trabajo social sanitario:

- Acompañar el proceso emocional, atendiendo cada etapa.
- Liderar la coordinación entre los servicios implicados, el trabajo social sanitario, al ser un servicio externo, puede asumir esta función con resultado de éxito: está en contacto con la familia, con su sistema exterior al hospital, conoce sus redes de apoyo, su historia familiar y además tiene acceso a los dos servicios que atienden a la familia.
- Garantizar el derecho del menor establecido por la ley por encontrarse en situación de negación o bloqueo emocional.

- Velar por los derechos del menor. Informar a las autoridades competentes en caso de abandono del menor o negligencia.

Caso práctico de atención a un menor atendido en los servicios médicos de urgencias, UCI, traumatología pediátrica, pediatría

Como el hospital, además de los servicios que hemos expuesto, tiene otros servicios médicos que no hemos descrito en detalle, adjuntamos un caso social sanitario donde se refleja la importancia de la interrelación dentro del propio hospital y la necesidad de otras instancias para enfocar y orientar un caso social sanitario.

Encuadre profesional, institucional, ámbito hospitalario: Desde el servicio de urgencias se demanda la intervención de trabajo social sanitario. Ha ingresado, trasladado por el 112, un menor de doce años después de sufrir un atropello. El menor, por una parte, está acompañado por una persona que se identifica como su padre, pero que, por otra, manifiesta desconocer su nombre. Constan en los datos del servicio de admisión otros ingresos con otros nombres. Además, se presenta una situación de alto riesgo vital y con probables secuelas graves que han causado invalidez. Indicador de riesgo sociosanitario.

Conocimiento de la realidad: En la primera entrevista el hombre, de etnia gitana, que según refiere no sabe ni leer ni escribir, manifiesta (saca del bolsillo un certificado de parto, muy estropeado pero bien conservado en un portafolios de plástico, donde se puede leer con claridad que la madre es María) que el menor se llama Luis, pero que quiere que se llame Juan y que conste en los "papeles" que la madre es (su actual compañera) Josefa, que es quien lo ha criado. Con su compañera actual tiene otros dos hijos de cinco y seis años, y están esperando el tercero. No tiene trabajo. También refiere que el menor se encontraba solo cuando sufrió un atropello al cruzar una carretera a las 10,30 de la mañana, cerca de donde tienen colocada su vivienda, una caravana. El señor presenta total falta de higiene y permanece en el hospital casi de forma continuada.

Al preguntarle por la madre biológica del menor, dice –manifestando enfado– que no sabe nada de ella porque hace muchos años que se marchó con otra pareja, aunque sabe donde vive –nombra el pueblo–, pero no quiere que se le informe, ni que se acerque a ver al menor. Ambos son de minoría étnica, y las familias de origen a las que pertenecen se ignoran pero se controlan a la vez, saben siempre donde está cada uno. La madre tiene su propia unidad familiar.

Se le indica al señor que es preciso que conozcamos la identidad de la madre. Aporta el resguardo del DNI que debe ir a recoger.

Internamente, y con las autorizaciones pertinentes para acceder a los registros del hospital (por ejemplo, libro de partos), se investiga dentro del ámbito hospitalario y se puede constar que, en efecto, hubo un parto en esas fechas y que era la misma mujer María. Además hubo intervención en aquel momento de la trabajadora social sanitaria en la que se trabajaron los siguientes aspectos:

- Al no estar casados civilmente, se sugirió que acudieran los dos, por ser un derecho del menor, al Registro Civil para inscribirlo, además de forma excepcional porque ya habían pasado los 20 días desde el parto (según la legislación al respecto en aquel momento). Hubo derivación a atención primaria y se había informado a la fiscalía de menores. Se pudo comprobar que no habían hecho la inscripción.
- Se identificó a un hermano del padre, colaborador como soporte de su hermano.

Otras fuentes de información, además de la facilitada por el "presunto" padre en aquel momento:

- La policía, que atendió el siniestro y facilita la referencia del mismo.
- La compañía de seguros del vehículo, que manifiesta que el menor no cruzaba por el paso de peatones, y por tanto es responsable del siniestro. (Esto era una manifestación del desentendimiento por parte de la aseguradora, en principio, del siniestro).
- La trabajadora social sanitaria del centro de salud donde vive la "presunta" madre, informa que ésta presenta una situación de crisis, de angustia, afirmando "que es conocedora del siniestro, que tiene miedo, que está muy preocupada, que ella

tiene su vida, su familia, y que todo esto es una interferencia en su vida actual, aunque sufre mucho por ese hijo desde que decidió otra vida fuera de esa unidad familiar".

Es necesario trabajar sobre la base de etapas metodológicas profesionales, siguiendo un orden del proceso y empleando unos criterios claros, concretos y precisos.

Interpretación técnica de la realidad: Una vez que se conocen los datos sobre la situación/problema de esa realidad (contextualizar) y de cómo se ha llegado a ella, hay que definir el diagnóstico social sanitario, estableciendo la naturaleza y magnitud de los problemas, así como la jerarquización de los mismos en función de criterios de intervención, los factores más relevantes y la determinación del tratamiento social, además de acordar los instrumentos disponibles:

- Estrategia de la intervención profesional.
- Ejecución. Concretar el proceso de intervención, técnicas, relación profesional.
- Instrumentos válidos utilizados.

Descripción de los problemas sociales sanitarios ante el riesgo vital del menor:

Diagnóstico social sanitario: "Menor, sin documentación que acredite su identificación, sufre un accidente de tráfico, con graves secuelas invalidantes, no autónomo para las AVD, con situación social vulnerable y exclusión social, para su atención al alta hospitalaria. Debemos confirmar que quienes dice ser los padres lo son realmente, trabajaremos con el menor y en función de las secuelas gestionaremos el reconocimiento de la discapacidad para su atención".

Hechos con los que nos encontramos:

- Crisis emocional. Impacto emocional.
- Menor sin identificar.
- Se desconoce la identidad de quien dice ser el padre. Actitud del padre: el menor es muy importante para él, "ha guardado su certificado del parto desde hace años".
- Enfrentamiento de etnia entre los dos presuntos padres.
- Accidente de tráfico.
- La mala higiene del padre cuando acude al hospital.
- Sin cobertura administrativa de asistencia sanitaria.
- Enfermedad invalidante. Graves secuelas que se saben irreversibles.
- Menor sin escolarizar. (Hasta los 16 años).
- Menor desatendido. Niño de alto riesgo social. No iba a la escuela y estaba solo.
- Minoría étnica, itinerante.
- Vivienda: caravana que presenta insalubridad, falta de higiene y barreras arquitectónicas.
- Ausencia de ingresos.

Estrategia profesional: Es básico establecer técnicas de acogimiento del padre y su compañera, cercanía profesional para la concienciación de que la *madre del menor tiene derechos*, y el menor también a tener a su madre. Para ello se busca como soporte la colaboración del hermano del padre.

Si ello no fuera posible, hay que informar al Departamento de Menores y a la Fiscalía del Menor. Más tarde, en el proceso hay que establecer contacto con dicha fiscalía, una vez superada la fase de colaboración de ambos padres, para que facilite todo el proceso en el juzgado y, en especial, en la atención del menor.

Instancias que intervienen:

- Hospital:
 - La trabajadora social sanitaria que actúa de gestora del caso.
 - Servicios médicos: urgencias, UCI, traumatología infantil, unidades de enfermería.
 - Servicio de admisión, facturación.
- Extrahospitalario:
 - Policía. Atestados.
 - Dirección General de Familia.
 - Centro de salud.
 - Justicia: Registro Civil, juzgado, fiscalía de menores, centro base de reconocimiento de minusvalía, colegio de abogados, compañía de seguros.
- Familia extensa de la pareja conyugal.

Principios éticos: Aunque el padre no hubiera querido (autonomía), se habría informado a la presunta madre, probablemente con orden judicial o sin ella, porque está por encima el derecho del menor a tener a su madre. También se trabajó con la compañera del padre.

Respeto a los valores como minoría étnica. No hay olvidarlos para poder trabajar con su colaboración. Se tuvieron presentes en todo momento.

Tratamiento social sanitario. Objetivos con sus procesos: El protagonista de esta intervención es el menor, por lo que a lo largo del proceso se tiene en cuenta la evaluación constante de su situación sanitaria, además de atender sus aspectos emocionales.

Los objetivos:

- Ayudar a los padres en el proceso de aceptación y adaptación de las secuelas que presenta el menor a lo largo de todo el proceso de atención.
- Preparar al menor para las relaciones con sus padres, para aceptar su cambio de nombre y prepararle para el ingreso de modo provisional en un centro.
- Localizar y potenciar la colaboración del hermano del padre, por la relación que mantiene de autoridad sobre el hermano, y su influencia en él. Es padre de familia y conoce el procedimiento del Registro Civil.
- Trabajar junto con el hermano, con el presunto padre y la compañera de éste (hay que tener presente la figura de esta mujer, aunque no acepte a la madre del niño):
 - Analizar la situación, derechos y deberes de los dos presuntos padres.
 - Posibilidades de llegar a un acuerdo, colaborando por separado para evitar situaciones violentas. Con el hombre, aspectos de higiene personal para poder estar de acompañante en el hospital (se le facilita ropa limpia y que vaya a los baños públicos).
- Organizar la coordinación con la trabajadora social de atención primaria de salud que atiende a la madre. Apoyo emocional.
- Facilitar las visitas al menor de la presunta madre en la UCI a horas distintas que el padre, en coordinación con los profesionales de UCI.
- Aglutinar toda la información del menor obtenida en el hospital y de la presunta madre, libro de partos, historias clínicas.
- Elaborar un informe de trabajo social sanitario respecto a los hechos a partir de la documentación obtenida en las distintas fuentes para derivar al Secretario del Juzgado del Registro Civil, y trabajar en coordinación con él la identificación del menor (partida de nacimiento).
Como en su día se había remitido e incluso se había intentado localizar a los presuntos padres, la información obtenida en aquella ocasión facilitó que se pudiera agilizar el proceso.
- Preparar y enseñar habilidades de manejo a los presuntos padres para las actuaciones en el Registro Civil en coordinación con el trabajo social sanitario de atención primaria sanitaria.
- Valores. Aspecto muy delicado por las características de rivalidad entre las familias de esta minoría, se hizo lo posible para que se vean lo menos posible. Primero el padre recogió el DNI, en la Policía Nacional, la madre ya lo tenía. Se organizó con testigos de ambas partes que los conocían a ellos y que conocían asimismo sus relaciones y el nacimiento del menor. Se les facilitó acceder al palacio de Justicia por puertas distintas.
- Acompañar a los padres para prevenir enfrentamientos en el Registro Civil. El libro de familia se gestionó doble, con el fin de entregar uno a la madre y otro al padre.
- Solicitar la cobertura sanitaria del menor en el sistema público, TIS. Situación de necesidad.
- Unificar las historias erróneas, en la carpeta adecuada, así como aclarar los datos de identificación en el servicio de admisión.

- Solicitar abogado de oficio para las relaciones con la compañía asegura.
- Solicitar todas las prestaciones que faciliten la movilidad del menor a la compañía de seguros, como la silla de ruedas.
- Solicitar el reconocimiento de minusvalía por las secuelas permanentes. Cuando sucedió este accidente no existía la Ley de dependencia, que en el hospital aun habiendo secuelas definitivas, no lo eran todas y habría que esperar el alta médica.
- Valorar las dificultades que presenta el menor para volver a vivir en la caravana.
- Solicitar a la Dirección General de Familia (Negociado de Menores con Dificultades Sociales) una plaza en un piso protegido. Y mirar por la protección del menor: medidas cautelares, gestión de posible indemnización económica, compañía de seguros. Procurar, a la vez, que los padres continúen manteniendo relación con el menor.

Técnicas como intervención directa:

- Entrevistas para clarificar, ayudar y buscar colaboración. Técnicas de expresión: preguntas abiertas, cerradas, escucha activa, repetición, citación.
- Para informar y cambiar actitudes. Información oral dejándoles preguntar, repetición de mensajes, verificar que se han entendido, preguntas abiertas para conocer sus opiniones, no se le puede facilitar por escrito al no saber leer.
- Para persuadir de la confrontación entre los padres, resumir y orientar los temas importantes, hacer referencia a la confrontación y la forma de abordarla, focalizar sólo lo que favorece al menor, personalizar la responsabilidad de cada uno.
- Ejercer un seguimiento para que acepten la autoridad profesional como coordinadora del trabajo a realizar. Demostrarles que hay trabajo por hacer, ayudar en la toma de decisiones y enseñar habilidades respecto a lo que hay que hacer.
- Crear nuevas oportunidades en relación con el niño.
- Estructurar una relación trabajo y tiempo.
- Apoyo emocional por la dureza de la situación, verbalizar sus miedos, sus preocupaciones.

Técnicas como intervención indirecta:

- Coordinación con los profesionales del hospital: UCI, medicina, enfermería, auxiliares y del servicio de admisión.
- Coordinación con trabajadoras sociales de los servicios sociales y de centro de salud.
- Coordinación con organismos: Dirección General de Familia - Negociado de Menores con Dificultad Social.
- Evaluar lo que se va haciendo e introducir modificaciones.
- Intervención con el entorno de la familia, en especial la del padre.

La **relación** profesional a lo largo de toda la hospitalización debe basarse en los siguientes aspectos:

- Escucha activa: escuchar, hacer silencios, aclaraciones.
- Técnicas de apoyo, actitud de interés, empatía, acogimiento.
- Aceptación. No prejuicios, no crítica, confiar en sus posibilidades, respetar su etnia y saber como actúan en cuestiones familiares.
- Comunicación clara, precisa, adaptada a su cultura y a su personalidad.
- Relación adulta, no paternalismo. Buscar su colaboración.
- Dar tiempo para reaccionar.
- Conductas no verbales de acercamiento, proximidad en el espacio, actitud corporal, mímica, gesto, dirección de la vista.

Instrumentos de trabajo: Historia social sanitaria. Conviene destacar que la historia clínica, sea de papel o informatizada, ha de contar con el desarrollo del trabajo hecho por trabajo social sanitario. Es un instrumento de coordinación interdisciplinar y de garantía de calidad asistencial.

Los informes de trabajo social sanitario pertinentes según los objetivos (derivación, gestión, etc.), para el Juzgado de Familia, para el Negociado de Menores con Dificultad, etc.

Bibliografía

Abaurrea, P. (1986). "Trabajo social en urgencias". *Revista Emergencias* (vol. 8, n.º 4). *Revista Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* (SEMES).

"Abordaje de la demencia" (2008). *Guía de actuación para la atención primaria y neurología*. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Arricivita Amo, A.; Pérez, Sales, P. (2005, septiembre). "Intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores". *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar* (n.º 3). Barcelona: Institut de Serveis Sanitaris y Socials (ISSIS).

Aylwin, N.; Rodríguez, V. (1971). *Qué es el trabajo social en la actual perspectiva histórica chilena*. Santiago de Chile.

Rose, S.; Moore, V. L. (1995). *Características de los modelos de actuación profesional según se centren en la perspectiva del cliente o en la perspectiva de la institución*.

Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. Zaragoza: Mira editores. [agotado].

Colom, D. (2007). "La gestión de la atención sociosanitaria". En: J. Villalobos. *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw Hill.

Colom, D. (2008). "El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria". *Revista de políticas sociales de Europa* (n.º 25-26).

Colom, D. (2008). "El trabajo social sanitario: presencias y ausencias en el marco legal estatal y autonómico". *Revista de servicios sociales y política social* (n.º 82).

Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario*. Madrid: Siglo XXI.

Los objetivos de trabajo social hospitalario (1984). Consejo General de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Brandenburg, A. de (1968). *Servicio social hospitalario. Cuadernos de asistencia social*. Buenos Aires: Editorial Humanitas. Citado en: D. Colom (2003) "El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia los nuevos retos y la mejora de competencias". *Revista de servicios sociales y política social* (n.º 64).

Documento Sitges 2009: análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia. (2009).

Escartín, M. J.; Palomar, M.; Suárez E. (1994). *Introducción al trabajo social*. Alicante: Editorial Aguaclara.

Gracia, D. (1991). "Principios y metodología de la bioética". En: A. Couceiro Vidal. *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela.

Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (2000). INSALUD.

Jacoste Sáez, A. J.; Fernández Rodríguez, L. J.; Ayuso Blanco, T. (1997). *Si usted convive con un enfermo de Alzheimer. Guía práctica*. Tudela (Navarra).

Trecker Harleigh B. (1972). *Social group work, principles and practices*. Nueva York: Association Press.

Herramienta de diagnóstico e intervención social. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Abaurrea, Pilar (1986). *Trabajo social en urgencias*. Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra. Dpda Trabajo Social.

Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (2000). Madrid: Ministerio de sanidad (INSALUD).

Indicadores Clave del SNS Ministerio de Sanidad y Consumo Consejo Interterritorial del SNS-SbC de Sistemas de Información (2007, diciembre [el último]).

El contexto social un condicionante en el proceso de atención a la salud. Jornada de Trabajo Social Sanitario. Hospital Jarrío, Gijón.

Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad.

Colomer Montserrat. *Método de Trabajo Social.*

Napal, C. (1992). "Aspectos sociales de los accidentes de tráfico". En: *Jornada de actualización servicio de urgencias.* Hospital García Orcoyen Estella.

Sanzol Lecumberri, M.; Urra Mariñelarena, J.; Peláez Miguel, M. A. y otros (1996). *PIC. Programa informático de casos.* SNS/O.

Programa de atención a personas con trastornos mentales graves (2005, enero). Gobierno de Navarra.

Real decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.

Real decreto 1198/2007, de 14 de septiembre que modifica el Real decreto 504/2007, de 20 de abril.

Richmond, M. (2008). *Diagnóstico social.* Madrid: Editorial Siglo XXI.

Sociedad Europea de Medicina de Urgencia (EuSEM) (2007, septiembre).

Woods, M. E.; Hollis, F. (2000). *Casework. A psychosocial therapy.* Boston: McGraw Hill.

Internet

www.eusem.org

www.anfasnavarra.org

<http://www.cfnavarra.es/INBS/>

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/REBECA2009.pdf>