

---

# REVISIÓN DE LA HERRAMIENTA HISTORIA SOCIAL SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE CANTABRIA

- Modalidad INVESTIGACIÓN -

---

*Trabajo Final de Máster Trabajo Social Sanitario*

---

Autora: Judith León Álvarez

Directora: Emma Sobremonte Mendicuti

---

Junio 2020



Esta obra está bajo una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.es>)

©opyright

Reservados todos los derechos. Está prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler y préstamo, sin la autorización escrita del autor o de los límites que autorice la Ley de Propiedad Intelectual.

*“La única práctica lamentable de Trabajo Social es aquella 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”*

**MARY RICHMOND (Social Diagnosis, 1917)**

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que creyeron en la importancia de la educación y me regalaron la posibilidad de formarme en la que hoy es mi profesión y que tantas satisfacciones me ha proporcionado

A mi tutora, Emma Sobremonde, mi primera *maestra* en Trabajo Social Sanitario cuando cursaba la diplomatura de Trabajo Social y que ahora, de nuevo, tan sabiamente me ha guiado en este proceso de aprendizaje e investigación

A Ana, Inma y M<sup>a</sup> Ángeles, trabajadoras sociales sanitarias que desarrollaron la herramienta Historia Social Sanitaria en la Atención Primaria de Salud de Cantabria y promovieron su inclusión dentro de la Historia Clínica Electrónica

A Ruth y Óscar, por acompañarme en la primera experiencia que tuve en el campo de la investigación y que constituyó el germen y la fuente de inspiración para el presente trabajo

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>9</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>10</b>
3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	10
3.2. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN .....	11
3.3. LIMITACIONES .....	11
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	12
3.5. SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS: INSTRUMENTOS .....	12
3.6. VARIABLES DE ESTUDIO.....	13
3.7. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	18
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
4.1. PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y USO DE LA HSS.....	20
4.2. CONSENSO EN TORNO A LOS CONCEPTOS RECOGIDOS EN LA HSS .....	23
4.2.1. INTERPRETACIÓN DEL CONCEPTO DE NECESIDAD.....	23
4.2.2. INDICADORES DE SITUACIONES DE CONFLICTO.....	25
4.2.3. TIPOLOGÍA DE CONFLICTOS.....	25
4.2.4. RED DE APOYO FAMILIAR .....	28
4.2.5. HISTORIA Y DINÁMICA FAMILIAR.....	29
4.2.6. PRESUPUESTO .....	30
4.2.7. ¿RECIBE LOS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE NECESITA? .....	30
4.2.8. SUFICIENCIA DE LA ATENCIÓN QUE RECIBE DE SU CUIDADOR NO PROFESIONAL .....	31
4.2.9. CONDUCTA.....	31
4.2.10. SENTIMIENTO.....	32
4.2.11. IMAGEN CORPORAL .....	33
4.2.12. AUTOESTIMA .....	34
4.2.13. INCIDENCIA - OBSERVACIONES .....	34
4.2.14. INCIDENCIA LABORAL/ESCOLAR/OCIO – RELACIÓN CON EL ENTORNO	35
4.2.15. USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE.....	36
4.2.16. RIESGO SOCIAL .....	37

4.2.17. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL.....	38
4.3. ADAPTACIÓN DE LA HSS A DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE RIESGO SOCIAL ...	40
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>48</b>
BIBLIOGRAFÍA.....	52
<b>ANEXO I: CUESTIONARIO “ANÁLISIS DE LA HISTORIA SOCIAL SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE CANTABRIA” .....</b>	<b>57</b>

## **RESUMEN**

El registro riguroso de los datos en Trabajo Social Sanitario (TSS) se constituye como un elemento identitario de la profesión desde su consolidación como disciplina científica. Por este motivo, en esta investigación se han analizado los procedimientos de registro y uso de la Historia Social Sanitaria (HSS) de Atención Primaria de Salud (APS) de Cantabria, así como la interpretación que hacen los/as profesionales de los conceptos que componen la herramienta y su adaptabilidad a diferentes tipologías de riesgo social. La metodología utilizada ha tenido un carácter descriptivo, combinando un enfoque cuantitativo y cualitativo, y se ha basado en la aplicación del método de la encuesta. El cuestionario utilizado se ha enviado a todos/as los/as profesionales de TSS de APS. El estudio ha permitido descubrir la presencia de variabilidad en los procedimientos de registro de la HSS y la ausencia de un consenso generalizado sobre los conceptos, las variables y los indicadores recogidos en la misma. Dada la importancia que tienen los registros para la construcción de conocimiento científico en TSS, los resultados muestran la necesidad de desarrollar en el futuro un proceso de análisis y reflexión con el conjunto de profesionales de TSS que permita enriquecer y refinar conceptualmente el registro, así como sistematizar el uso de la herramienta. Investigar en esta línea contribuirá a mejorar la fiabilidad y validez de la herramienta y redundará en la mejora de la evaluación y gestión de los servicios sanitarios.

### **Palabras clave**

Investigación, trabajo social sanitario, registros, valoración, factores psicosociales

## **ABSTRACT**

The rigorous data record in Health Social Work (HSW) has been considered to be an identifying element of the profession since its consolidation as a scientific discipline. Hence, this master thesis has analysed the procedures for the register and the use of Health Social History (HSS) in Primary Health Care (PHC) in Cantabria, as well as the professionals' interpretation of the concepts included in the tool and its adaptability to different typologies of social risk. The methodology used has had a descriptive character, combining a quantitative and qualitative approach, and has been based on the application of the survey method. The questionnaire used has been sent to all HSW professionals in PHC. The study revealed the existence of variability with regard to HSS registration procedures and the absence of a general consensus on the concepts, variables and indicators compiled in the HSS. Given the importance of the records for the improvement of scientific knowledge in HSW, the results show the need to further develop a process of analysis and reflection with the HSW professionals which allows to enrich and to redefine the data record conceptually, as well as to organize the use of the tool. Research along these lines will contribute not only to improve the reliability and validity of the analytic tool but also to improve health services evaluation and management.

### **Key words**

Investigation, social healthcare work, record, assessment, psychosocial factors

# 1. INTRODUCCIÓN

La Historia Social (HS) es uno de los principales instrumentos específicos del Trabajo Social (TS), junto con otros como la ficha social, el informe social, las escalas de valoración social y el proyecto de intervención social(1,2). La HS es definida en el Código Deontológico de Trabajo Social como *“el documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación”*(2).

La necesidad del registro riguroso de los datos de la intervención social ha sido uno de los pilares del TS desde sus orígenes. La obra que consolida el TS como disciplina científica, *Social Diagnosis*, de Mary Richmond, publicada en 1917, supuso el primer gran esfuerzo de sistematización de la práctica profesional, utilizando entre otras fuentes de datos, múltiples informes de casos de profesionales. Como señala Munuera, Richmond reconoció *“la necesidad de un proceso de recogida y de orden de la información como paso indispensable para pasar al siguiente. Protocolo que sigue en vigor en la mayoría de centros donde intervienen trabajadores sociales a través del estudio de la persona y su red social, quedando la información registrada en la historia social”*(3). Cumming, en una investigación orientada a la mejora de los registros de TSS en la historia clínica de varios hospitales, enfatiza también la importancia que esta precursora le concedió a la recogida de información, que señalaba esta tarea como elemento para la mejora de la disciplina: *“el trabajo social debería depender del registro para avanzar en los estándares y nuevos descubrimientos dentro de la profesión”*(4).

Otra de las figuras clave en el desarrollo del Trabajo Social de Casos, Gordon Hamilton, dedicó una de sus obras, *Principles of Social Case Recording* de 1946, a esta piedra angular del TS. Como señala Munuera, esta autora *“considera importante el registro ya que forma parte integrada del trabajo social de casos, pues permite investigar y generar análisis sobre las intervenciones realizadas (...) No hay nada que ayude más a la calidad de una actuación que un cuidadoso informe de la misma donde queda reflejado toda la información”*(5). Hamilton destaca también la relación existente entre el registro y la práctica asistencial, retroalimentándose la una en la otra, de tal manera *que una buena recogida de datos, favorece el proceso reflexivo sobre el caso social, ayuda a sintetizar los elementos más importantes y prioritarios y, finalmente, permite tomar decisiones más reflexionadas sobre el tratamiento social*. En este sentido, Hamilton exponía: *“aunque una buena práctica profesional no se refleja necesariamente en un buen registro, hay una interacción natural entre saber lo que uno está haciendo e informar bien de lo que uno ha estado haciendo.”*(5)

Siguiendo la estela de las precursoras, en el ámbito internacional, el trabajo social ha subrayado desde entonces la necesidad de los sistemas de registro para facilitar la construcción de teorías del TS y la investigación. Para Ame(6) los registros son un componente esencial tanto para la práctica directa del TS como para la gestión de las organizaciones, convirtiéndose desde hace décadas en un instrumento imprescindible para la medición de resultados. La evaluación de resultados permite identificar las intervenciones de TS más efectivas y establecer buenas prácticas(7). Además, otros autores señalan la trascendencia ética y profesional de los registros sociales al proporcionar protección tanto para el cliente como para el profesional(8).

Por tanto, desde la justificación que hicieron las precursoras del TS hasta nuestros días, existe un consenso generalizado en la comunidad científica del TS en considerar la HS como una herramienta útil en el proceso de valoración, diagnóstico y tratamiento social, ya que permite recoger de forma organizada toda la información necesaria para realizar un adecuado diagnóstico social, así como para decidir la intervención social más adecuada. Asimismo, la HS constituye un instrumento de sistematización de la práctica de valoración e intervención social, favoreciendo una mayor homogeneización en la práctica asistencial entre los/as profesionales de un servicio, la visualización de la especificidad del trabajo y la comunicación con el equipo y con otras instancias de la organización, tal y como señala Fuster(9).

Dada la importancia del registro de información y la HS, como instrumento de documentación de la disciplina, la inclusión de la Historia Social Sanitaria dentro de la Historia Clínica Electrónica (HCE) ha sido uno de los grandes avances de la profesión de TSS en las distintas comunidades autónomas dentro del territorio español. En el VIII Congreso de la *Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSS)*, celebrada en 2003, ya se debatía sobre la necesidad, las ventajas y las aplicaciones de la Historia Social informatizada como parte de la historia de salud(10).

Unos años más tarde, en el año 2009, profesionales de diversos servicios de salud de ámbito nacional, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, recogían sus experiencias de informatización de la HSS en el ejemplar de la revista *Trabajo Social y Salud* número 64 (11–14).

Posteriormente, en el XI Congreso de la AETSS, desarrollado en 2012, siendo ya la HSS electrónica una realidad bastante extendida, se presentaron varias ponencias (15,16) exponiendo la estructura y el contenido de la HSS en el entorno de la historia clínica digital en Cataluña, tanto en Atención Primaria de Salud como en el ámbito de la Atención Especializada y Hospitalaria. Asimismo, en este Congreso se señalaron también algunas líneas estratégicas

para la mejora de la calidad en la recogida de datos, como la elaboración de manuales *“que permita(n) la unificación de criterios de uso en todo el colectivo de trabajadoras sociales(16)”*. Por otro lado, Rojo (15) destacaba la utilidad de la HSS no sólo para la práctica clínica, sino también para *la evaluación profesional y la dirección por objetivos*, incluyendo como indicadores de evaluación los estándares de calidad asistencial. En esta misma línea de mejora de la calidad del TSS, Monrós (17) compartía una de las líneas de trabajo desarrolladas en la Conselleria de Sanidad valenciana para la *“unificación del Sistema de Registro de Actividades del trabajador/a social sanitario en la Historia Sanitaria Electrónica”* que estaba orientada a *“homogeneizar y homologar los aspectos sociales en los diferentes sistemas de registro asistencial”*, así como *“la actualización y mejora de la funcionalidad de la Historia Sanitaria Electrónica con el objetivo de mejorar la recogida de información social en la HSE, lo que facilitará la explotación de datos”*. En estas mismas jornadas, se presentaba también un proyecto orientado a la estandarización de la recogida de información para la elaboración del Diagnóstico Social Sanitario (18) y se destacaba el uso de la herramienta para la mejora de la coordinación sociosanitaria y el desarrollo del *Sistema de información automatizado para el espacio sociosanitario (19)*.

Este esfuerzo por sistematizar la información de la intervención social, aprovechando todos los avances tecnológicos para la gestión y almacenamiento de datos, se está desarrollando en paralelo en el ámbito de los Servicios Sociales, con experiencias destacadas como el *Libro Blanco de la Historia Social Única de Andalucía (20)*, que define la HISTORIA SOCIAL ÚNICA ELECTRÓNICA (HSUe). En relación con la atención a personas que presentan también problemas de salud, destacan que es *“imprescindible establecer mecanismos de recogida de datos de forma sistematizada que permitan su posterior análisis para optimizar las intervenciones de mejora, no sólo en el cuidado individual, sino también en la gestión y planificación”* así como la necesidad de que se establezcan *“puentes de coordinación con los sistemas de información sanitaria”*. Otra experiencia de este tipo, es la *Herramienta informática para el Trabajo Social* elaborada por el Gobierno Vasco(21), que destaca su utilidad a tres niveles: profesional (*“ayuda especialmente a la unificación de criterios consensuados de diagnóstico e intervención profesional”*); personas usuarias (*“trata de potenciar una atención integral, personalizada, continuada, participativa y de calidad”*); e institucional (*“supone la mejora de instrumentos de coordinación interinstitucional, que permitan una atención integral y, de calidad, eficaz y eficiente”*).

Pasada ya más de una década tras las primeras experiencias de informatización de la HSS, ésta es ya una herramienta de trabajo consolidada, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, encontrando múltiples investigaciones que dotan de utilidad a su contenido, junto con otros registros de actividad del TSS, como fuentes de datos para la investigación epidemiológica (9,22–30). Estos estudios presentan un enfoque de

investigación-acción, en la medida de que resultan útiles para la evaluación y mejora de la actividad asistencial y la gestión de los Servicios de TSS.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, la HSS lleva implantada más de dos décadas, por lo que es un aplicativo ya consolidado en el ámbito de la APS. Actualmente, coexisten dos sistemas informáticos para la gestión de la historia clínica, OMI-AP y APCantabria. La HSS se encuentra incluida en las Historias Clínicas de ambos softwares con ligeras modificaciones. Asimismo, la HSS se incluye como instrumento de trabajo para la valoración y el tratamiento social en múltiples protocolos, procedimientos y rutas asistenciales en los que participan los/as profesionales de TSS de APS: *Protocolo de Atención al Riesgo Social en Atención Primaria de Salud* (31), *Manual de atención a la persona con necesidad de cuidados y a su cuidador/a* (32), *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos* (33), *Ruta del Paciente Pluripatológico* (34)... Además, con el avance de los sistemas de documentación e información sanitaria, la HSS se presenta como un instrumento que facilita y potencia la continuidad asistencial, al tener acceso los/as profesionales de TSS de centros hospitalarios y especializados a la información recogida en la HSS de APS, a través del Visor de HC - Estación Altamira.

A pesar de estos avances en el plano organizativo, en la práctica la recogida de datos de TSS en APS del SCS presenta ciertas debilidades. En un estudio realizado en el contexto de la APS del SCS publicado en 2016 (23) se recoge que en un 24% de los Centros de Salud (CS) no se utilizaba la HSS como instrumento de recogida de datos y, además, en algunos CS la utilización de la HSS era muy baja en proporción con el número de pacientes atendidos/as. Es decir, que el número de profesionales que la utilizaban sistemáticamente como instrumento para el registro de información, era aún menor. En esta investigación, se hallaron también otros factores que restaban a la HSS fiabilidad como fuente de información epidemiológica:

- Las tasas de cumplimentación de las diversas variables que recogía la HSS eran inferiores al 50% en la mayor parte de las mismas;
- No existía una unificación de criterios en torno a la utilización de la herramienta, coexistiendo una diversidad de usos de la HSS y del resto de instrumentos para la recogida de datos;
- No existía una definición operativa de las variables e indicadores recogidos en la HSS.

Las debilidades en la cumplimentación de los sistemas de registro informatizados en TS han sido puestas de manifiesto internacionalmente por diversos autores, quienes han

atribuido estas dificultades a factores tales como la falta de liderazgo en la implementación del sistema, la capacitación técnica, la escasa adecuación y preparación de los sistemas al mundo real y a los tiempos en el que desarrollan su trabajo los profesionales, desconfianza hacia la tecnología y sus beneficios e incluso problemas ideológicos respecto al uso de la información registrada (35).

A la vista de estos datos, la importancia y el impacto de esta herramienta para la práctica, la continuidad asistencial, la investigación y la evaluación, justifica la necesidad de repensar la herramienta, definir los contenidos, mejorar su funcionalidad y elaborar manuales de uso para *“homogeneizar y homologar los aspectos sociales en los diferentes sistemas de registro asistencial”*, tal como destaca Monrós (17).

Resulta imprescindible realizar un diagnóstico preliminar que nos permita analizar los factores determinantes de los diversos usos de la HSS, así como valorar el grado de consenso previo en relación con los conceptos que se recogen en las variables e indicadores, de cara a una posible revisión y mejora de la herramienta, así como a la elaboración de un manual que recoja procedimientos de uso y una definición de las variables e indicadores con precisión terminológica.

Tal como señala Campello (36), hoy en día, en el contexto sanitario, la HSS electrónica se constituye como una de las *“herramientas esenciales”* que dan *“soporte a la intervención profesional”* dentro de un sistema de salud del siglo XXI, puesto que *“facilitan la recogida de datos y la toma de decisiones con criterios comunes”* y nos permite *“tener información actualizada y compartida con todos los profesionales de TSS”*. Sin embargo, para ello, como recoge Colom (37), es necesario *“un ordenamiento y planificación previa de la información y de su obtención”*.

Por último, cabe destacar que la utilización y gestión de la HSS, como parte integrante de la Historia Clínica del/la paciente, es a su vez un deber de los/as profesionales de TSS y un derecho de los/as pacientes atendidos/as.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica recoge como principios básicos en el artículo 2.6: *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica”*. Por tanto, los/as profesionales de TSS, como parte integrante del sistema sanitario, estamos también sujetos a esta obligación de documentar adecuadamente en la historia clínica lo relativo a nuestra actividad asistencial.

En el artículo 15 de esta ley, al mencionar el contenido de la historia clínica recoge que *“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, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada". Por tanto, toda estrategia orientada a la sistematización y la mejora de la calidad de los registros de TSS contribuye a la consecución de este derecho, colaborando, a su vez, al enfoque biopsicosocial en la HC.*

A su vez, la documentación de la información relativa a la valoración, el diagnóstico y el tratamiento social sanitario es uno de los deberes para los/as profesionales de TS, tal como se recoge en el Código Deontológico de Trabajo Social en su artículo 28: *"El/la profesional del trabajo social debe registrar y archivar debidamente la documentación realizada a fin de poderla transferir o derivar a los/as profesionales correspondientes para evitar reiteraciones o retrocesos en la actividad profesional."*

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El **OBJETIVO GENERAL** de esta investigación es analizar la herramienta Historia Social Sanitaria de Atención Primaria de Salud de Cantabria.

Los **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** a alcanzar con esta investigación son:

1. Examinar la utilización de la herramienta HSS entre los/as profesionales de TSS de APS del Servicio Cántabro de Salud (SCS) y los factores que influyen en el uso desigual.
2. Promover un proceso de reflexión entre los/as profesionales de TSS del SCS sobre las variables recogidas en la HSS de APS y su adaptación a diferentes tipologías de pacientes.
3. Valorar el grado de consenso entre los/as profesionales de TSS del SCS sobre los conceptos recogidos en la herramienta HSS de APS.
4. Identificar de forma clara y precisa algunos de los conceptos que se recogen en la HSS.

Las **HIPÓTESIS** que se han tratado de comprobar a través del diseño de este estudio han sido, fundamentalmente, de carácter descriptivo. Este tipo de hipótesis permiten *“ofrecer una visión de la realidad de un fenómeno, sin entrar en explicar posibles causas que lo hayan podido provocar”* (38).

1. Las/os profesionales de TSS de APS de Cantabria realizan un uso desigual de la HSS como herramienta para la recogida de datos.
2. La experiencia laboral influye positivamente en el uso habitual de la HSS como herramienta para la recogida de datos.
3. Las/os profesionales de TSS de APS de Cantabria utilizan diferentes conceptos para definir las variables recogidas en la HSS.
4. La herramienta HSS presenta diferente grado de adaptación a la recogida de datos en función de los indicadores de riesgo social.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

La investigación aplicada en TSS tiene entre sus objetivos, tal como señala Rodríguez (39), *“analizar y sistematizar la información como soporte para revisar y mejorar las estrategias profesionales que deben dar respuesta a las situaciones-problemas planteadas.”* En este sentido, este estudio se puede considerar como tal, ya que puede favorecer en un futuro una mejora en las estrategias de registro de información en la atención a pacientes en las consultas de TSS de APS en Cantabria y, más específicamente, en la utilización de la HSS con este fin.

La investigación tiene *carácter descriptivo*, ya que trata de caracterizar, en un primer lugar, la metodología para el registro de la información, así como los factores que inciden en las elecciones relativas al soporte de registro. Y, por otro lado, se han descrito las interpretaciones y puntos de vista de los/as profesionales sobre los conceptos y los indicadores utilizados para la valoración de algunas de las variables recogidas en la HSS. *“Este tipo de estudios (los descriptivos) es singularmente interesante y apropiado cuando el investigador aborda un tema poco conocido y estudiado(38)”*, por tanto, resulta adecuado para la finalidad de nuestro análisis puesto que, en este ámbito, la recogida de datos en TSS de APS del SCS, no existe ningún estudio previo.

El estilo de la investigación es de *carácter mixto, cuantitativo y cualitativo*, puesto que se ha tratado, por un lado, de cuantificar el grado de homogeneidad en los usos e interpretaciones y, por el otro, se ha buscado también analizar el discurso acerca de las variables recogidas en la HSS por los/as TSS, desde una perspectiva narrativa. Como señala Ruiz(38), *“si deseamos investigar (...) la opinión de las personas sobre un determinado tema, estamos ante estudios que se prestan más fácilmente al análisis del tipo cuantitativo”*, mientras que si se persigue *“el significado del actor humano”*, se adaptan mejor los métodos cualitativos.

Un paso previo a cualquier procedimiento de mejora debe ser el diagnóstico de situación inicial, tal como vamos a proceder en este estudio. En este sentido, Fuster (9) realiza un acercamiento similar, utilizando también la metodología de la encuesta, para analizar la diversidad de aplicaciones informáticas utilizadas para el registro de datos de los/as profesionales de TSS en los hospitales de la Comunidad Valenciana y el uso diferencial de la HSS.

### **3.2. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN**

El proceso de investigación y la elaboración del Trabajo Fin de Máster (TFM) se ha desarrollado entre los meses de marzo a junio de 2020 y se ha llevado a cabo a través de las siguientes fases:

- Revisión bibliográfica sobre la materia objeto de estudio. Se ha realizado una revisión documental sobre los sistemas de información en TS y TSS, así como sobre el uso de la información social sanitaria recogida por los/as profesionales de TSS, como fuentes de datos para la investigación, la evaluación y la gestión de la calidad
- Diseño del cuestionario de recogida de datos y revisión de bibliografía relacionada con las variables recogidas en la HSS
- Envío de la propuesta de investigación a la *Unidad de Formación, Docencia, Calidad e Investigación* de la Gerencia de Atención Primaria del SCS para validación y difusión del cuestionario a la/os profesionales de TSS de APS, con fecha de 13 de mayo de 2020. El cuestionario fue reenviado, junto con la carta de presentación motivando la participación en el estudio, a través de correo electrónico corporativo con fecha de 15 de mayo. Se remitió un nuevo correo electrónico el 19 de mayo, animando a la participación y reajustando el tiempo necesario para la cumplimentación. El 21 de mayo se envió el último correo electrónico recordando la fecha límite para la cumplimentación del cuestionario, que fue el 22 de mayo.
- Recogida de datos del cuestionario a través de la aplicación Google Cuestionarios
- Ocho cuestionarios recibidos, lo que supone una tasa de participación del 22%

### **3.3. LIMITACIONES**

El principal determinante que ha incidido en el desarrollo de la investigación ha sido la pandemia provocada por el coronavirus COVID-19 que determinó la declaración del estado de alarma en el Estado Español desde el 14 de marzo. Este hecho supuso para toda la población y, fundamentalmente, para las personas que trabajan en el sistema sanitario, un gran esfuerzo de adaptación y reconversión para proporcionar una adecuada asistencia a la ciudadanía, con la consiguiente carga de estrés laboral que esto generaba. Esta situación de estrés, a nivel laboral y personal, provocó un retraso en el comienzo de la investigación. Sin

embargo, el incremento de tiempo libre ocasionado por el confinamiento domiciliario facilitó, posteriormente, el desarrollo de la investigación.

Las limitaciones a la movilidad, así como a la reunión entre personas, derivadas del Estado de Alarma fueron también un factor limitador a la hora de elegir la metodología de la investigación, puesto que las técnicas cualitativas que implican presencialidad tuvieron que ser descartadas.

Por último, quizás también provocado por la sobrecarga asociada a la necesidad de reajustes continuos a nivel laboral en el ámbito de la APS, la proporción de profesionales de TSS que contestaron al cuestionario fue bajo, por lo que los resultados no son representativos del colectivo y hay que tomarlos con la debida cautela. Sin embargo, la información recibida ha sido valiosa para el aprendizaje del proceso de la presente investigación.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población seleccionada para participar en este estudio han sido todas/os las/os profesionales de TSS de APS del SCS que se encontraban en activo en el momento del envío del cuestionario, puesto que son quienes habitualmente utilizan esta herramienta de recogida de datos. Asimismo, se remitió también el cuestionario a dos profesionales, una recientemente jubilada y otra que ejerce en el ámbito hospitalario, por su conocimiento experto sobre la herramienta de registro de datos, ya que participaron en su elaboración. Nuestro universo de estudio estaba compuesto, por lo tanto, por 36 profesionales.

### **3.5. SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS: INSTRUMENTOS**

La metodología de la investigación se ha basado en la aplicación del método de la encuesta. En la encuesta o sondeo *“se trata de preguntar sistemática y controladamente a los actores que intervienen y participan con sus opiniones y actitudes(38)”*. Aigner destaca también la utilidad de esta técnica de recogida de datos *“para aprehender los aspectos subjetivos de los miembros de un grupo o comunidad y, por tanto, de los hechos sociales”(40)*. La elección de este método se encuentra relacionado con su capacidad para interrogar a los/as componentes del grupo de expertos/as sobre sus opiniones y sus valoraciones con respecto al objeto de estudio, de forma rápida y sin que sea preciso el encuentro directo entre la persona investigadora y los/as participantes en el estudio. Asimismo, el preguntar de forma individualizada y anónima a cada uno de los miembros de la muestra seleccionada, permite

que cada uno/a se exprese libremente, sin influencias externas, y fomentando la emisión de respuestas más independientes y autónomas.

El instrumento básico de recogida de datos en el método de la encuesta es el cuestionario, *“un formulario con un listado de preguntas estandarizadas y estructuradas que se han de formular de idéntica manera a todos los encuestados”*(40). El cuestionario utilizado en este estudio se ha centrado, en su mayor parte, en preguntas sobre aspectos subjetivos, que son aquellas que *“abarcan todo el amplio aspecto de las opiniones, actitudes, intenciones (...), valores, opiniones, sentimiento, motivos, aspiraciones, expectativas”*(40). Además, se ha priorizado el uso de preguntas abiertas ya que, tal como señala Aigner (40), *“son básicas para interrogatorios de tipo exploratorio, donde no se tiene mayor conocimiento del tema, de los hechos”*, asimismo permiten *“rescatar la riqueza cualitativa de una opinión”*.

### 3.6. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de estudio se han agrupado en cuatro categorías, que se corresponden a su vez con los cuatro apartados del cuestionario.

1. **VARIABLES PERSONALES.** En este apartado se han recogido las variables relacionadas con la experiencia profesional de los/as profesionales participantes:
  - Años de ejercicio profesional en Trabajo Social
  - Años de ejercicio profesional en Atención Primaria de Salud
  
2. **VARIABLES PROCEDIMENTALES DEL SISTEMA DE REGISTRO.** En este apartado, se han analizado las opciones utilizadas para el registro de datos, así como los factores que influyen en la elección o no de la HSS como herramienta de registro. Se han seleccionado las siguientes:
  - Uso habitual de la HSS: Sí/no
  - Motivo de no utilización de HSS: texto libre
  - Otros instrumentos de recogida de información si no uso de HSS:
    - Ninguno;
    - Texto libre dentro de un episodio;
    - Herramienta “Intervención Social”;
    - Herramienta “Trabajo Social con pacientes inmovilizados”;
    - Otros.
  - Acuerdo en relación con motivaciones para el uso de la HSS:

- Favorece la realización de la valoración social;
  - Favorece la elección de la intervención a desarrollar;
  - Promueve la continuidad asistencial;
  - Contribuye a la visibilidad del TSS dentro del SCS;
  - Contribuye a la investigación en TSS;
  - Contribuye a la mejora de la gestión del TSS;
  - Promueve la mejora de la gestión del sistema sanitario.
- Condiciones para apertura de HSS:
    - Siempre que atiende a alguien;
    - Cuando existen indicadores de riesgo social asociados;
    - Según la patología que presente;
    - Cuando va a ser necesario un tratamiento social más allá de esa primera consulta;
    - Otros.
  - Procedimiento de registro ante nueva atención de paciente con alta social previa:
    - Volver a abrir una nueva Historia Social y cumplimentar todos los datos;
    - Volver a abrir una nueva Historia Social y recoger sólo los datos sociales que han experimentado algún cambio;
    - Introducir los cambios en la Historia Social ya abierta;
    - Introducir los datos de la nueva intervención a través de otros procedimientos y herramientas: intervención social, texto libre dentro de un episodio...;
    - Otros.
  - Criterios utilizados a la hora de cumplimentar los indicadores de la HSS:
    - Cumplimiento todas las variables de la HSS;
    - Utilidad para la valoración social;
    - Grado de conocimiento teórico de la variable;
    - Tiempo disponible para cumplimentar la HSS;
    - Otros.
3. **Variables conceptuales del sistema de información.** Esta sección se ha orientado al análisis de algunos de los conceptos y variables recogidas en la HSS. La selección de las variables a explorar se ha basado en la existencia o no de un claro consenso a nivel teórico dentro de la disciplina de TSS, la posible confusión relacionada con la indefinición de los términos o con la ausencia de indicadores

para la valoración, así como la falta de una definición previa en otros protocolos de TSS en APS del SCS.

*Criterios de exclusión e inclusión:*

a) Variables excluidas

Las variables que se han excluido por estar bien definidas y existir ya un consenso previo dentro de la disciplina han sido las siguientes:

- Red de apoyo familiar
- Estructura familiar
- Estilo de comunicación
- Ciclo vital
- Red de apoyo social formal e informal, así como las categorías de los mismos;
- Reconocimiento de discapacidad
- Baremo tercera persona
- Reconocimiento de dependencia;
- Tipo de vivienda
- Régimen de tenencia
- Salubridad
- Hacinamiento
- Equipamiento/infraestructura inadecuados
- Barreras arquitectónicas
- Riesgo de accidentes domésticos
- Tipo de entorno: urbano, rural, semiurbano

Además, se han excluido también las variables que se encontraban previamente definidas en otros procedimientos/protocolos de TSS en APS del SCS, que han sido:

- Cuidador no profesional
- Riesgo social
- Tipologías de riesgo social

## b) Variables incluidas

Las variables que se han analizado en el cuestionario para valorar el grado de consenso existente en torno a las mismas han sido:

- Concepto de necesidades según Bradshaw: Expresada/demanda vs. Normativa
- Criterios para valorar “dificultad para atender necesidades”: campo abierto
- Criterios para valorar afirmativamente “situaciones de conflicto”: campo abierto
- Grado de acuerdo con definiciones de “conflicto familiar”:
  - Situaciones en las que “se producen disfunciones en la dinámica familiar o cuando la familia se enfrenta con obstáculos derivados de falta de recursos en el medio”(41);
  - Conflicto familiar = Familias sintomáticas o familias-problema: "aquellas en que la comunicación intrafamiliar se realiza en un lenguaje traducido en síntomas, no hay mensajes verbales, en la medida que esto es lo sano y deseable, sino que por el contrario hay «juego manipulativo», mediante la utilización de emociones provocadas por la presentación de síntomas creados por la familia y mantenidos de forma persistente"(41);
  - Conflicto familiar = Familia problema: “aquella que es en sí misma el verdadero conflicto para el paciente y que bloquea las situaciones de tratamiento y recuperación, provocando a su vez disfunciones entre sus miembros. (En contraposición con la familia colaboradora, aquélla que por su buena disposición, por su capacidad sistémica y dinámica, desarrolla una gran energía para la recuperación de la salud del núcleo.”(42)
- Adecuación de la clasificación de “situaciones de conflicto”: sí/no
- Motivos ante desacuerdo con clasificación de “situaciones de conflicto”: campo abierto
- Criterios utilizados para valorar la “red de apoyo familiar” como adecuada o inadecuada: campo abierto
- Contenidos recogidos en la variable “historia (familiar)”: campo abierto
- Indicadores recogidos en la variable “dinámica (familiar)”: campo abierto
- Criterios para valorar “presupuesto” como suficiente o insuficiente: campo abierto

- Criterios valorativos para variable “recibe los servicios/prestaciones que necesita”: campo abierto
- Criterios para valorar positivamente o negativamente la variable “¿recibe una atención suficiente de su cuidador no profesional?”: campo abierto
- Adecuación de la clasificación de tipologías de “conducta”: sí/no
- Motivos ante desacuerdo con clasificación de “conducta”: campo abierto
- Adecuación de las categorías de la variable “sentimiento”: sí/no
- Motivos ante desacuerdo con clasificación de “sentimiento”: campo abierto
- Adecuación de la categorización de la variable “imagen corporal”: sí/no
- Motivos ante desacuerdo con categorización de variable “imagen corporal”: campo abierto
- Adecuación de la categorización de la variable “autoestima”: sí/no
- Motivos ante desacuerdo con categorización de variable “autoestima”: campo abierto
- Indicadores recogidos en “observaciones” de pestaña “incidencia”: campo abierto
- Utilidad de indicadores en la variable “incidencia laboral/escolar/ocio – relación con el entorno” para el diagnóstico y tratamiento social:
  - Historial educativo: estudios realizados, dificultades en escolarización/formación...
  - Historial laboral: empleos realizados, años cotizados, dificultades laborales por problemas de salud u otros...
  - Ocupación del tiempo de ocio: actividades culturales, artísticas, deportivas que realiza, voluntariado, espiritual...
  - Relación con el entorno: recursos dispositivos formativos, laborales, culturales, deportivos... con los que mantiene contacto
  - Campo abierto
- Criterios para valorar como adecuada o inadecuada la variable “uso adecuado del tiempo libre”: campo abierto
- Criterios para valorar la “adecuación del entorno”: campo abierto
- Adecuación de la categorización de la variable “riesgo social”: sí/no
- Motivos ante desacuerdo con categorización de la variable “riesgo social”: campo abierto
- Grado de adecuación de las categorías de la variable “plan (de intervención social sanitaria” para el tipo de intervenciones desarrolladas en los planes de tratamiento social sanitario:

- Absolutamente adecuado
- Bastante adecuado
- Poco adecuado
- Nada adecuado

4. **VARIABLES RELATIVAS A LAS TIPOLOGÍAS DE RIESGO SOCIAL.** Por último, en este apartado, se han recogido las variables relacionadas con el grado de adaptación (escala del 1 al 5) de la herramienta HSS a diferentes tipologías de riesgo social:

- Violencia de género
- Desprotección infantil
- Persona cuidadora no profesional de un/a familiar dependiente
- Anciano/a de riesgo
- Dificultades de inserción laboral como consecuencia de problemática de salud
- Enfermedad mental grave
- Paciente pluripatológico/a
- Crisis adaptativas (previsibles o imprevisibles)
- Migración
- Persona en situación de discapacidad y/o dependencia

### **3.7. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se ha realizado un análisis estadístico de las variables cuantitativas, así como un análisis de contenido de las respuestas no estandarizadas de carácter cualitativo.

El software utilizado para el análisis estadístico ha sido la hoja de cálculo de Microsoft Excel, utilizando como medidas estadísticas la frecuencia, la media, la desviación estándar/típica y el rango.

El análisis de contenido se ha realizado manualmente, sin la utilización de ningún programa informático, utilizando como guía el procedimiento propuesto por Fernández(43).

### **3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La propuesta de participación de los/as profesionales de TSS de APS se difundió a través de la *Unidad de Formación, Docencia, Calidad e Investigación de la Gerencia de Atención Primaria del SCS*, siendo voluntaria la contestación al cuestionario. Además, los

cuestionarios fueron recogidos de forma anónima, a través de la aplicación de Google Cuestionarios, sin recoger ningún dato personal salvo la experiencia laboral como TSS y como TSS en APS.

## 4. RESULTADOS

La propuesta de participación en el estudio se remitió a través del correo corporativo a 36 profesionales, de los cuales participó un 22%. El grupo de expertos/as participantes estaba compuesto por tres profesionales que habían ejercido menos de 5 años, tanto en TS general como en TSS en APS, mientras que otras/os cinco habían ejercido más de 10 años en TS general y en TSS en APS.

### 4.1. PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y USO DE LA HSS

**Los resultados relativos al uso de la HSS indican que la mayoría de las profesionales encuestadas, un 87´5%, utilizan la herramienta. Sólo una de las personas participantes indicó no utilizar habitualmente la HSS** como herramienta para la recogida de datos, señalando como motivo *“la falta de hábito y motivación para el uso de la herramienta”* (E3). En este caso, la metodología alternativa utilizada para el registro de información consistía en la herramienta *“intervención social”*, así como el genograma familiar.

**Las tres personas que señalaban tener una experiencia laboral inferior a 5 años han referido utilizar habitualmente la herramienta HSS para la recogida de datos.** El resto de encuestadas/os, un total de cinco, refirieron tener una experiencia profesional, tanto en TSS como en TSS en APS, superior a 10 años. Dentro de este grupo, un 80% señaló utilizar habitualmente la HSS como herramienta para el registro de información.

Entre las/os profesionales que referían utilizar la HSS de forma habitual, se observaron **diferentes grados de acuerdo en torno a las motivaciones que justificaban su uso habitual.** Las motivaciones que presentaron mayor frecuencia de acuerdo total, con un 71%, fueron *“contribuye a la investigación en TSS”*, *“contribuye a la mejora de la gestión del TSS”* y *“promueve la mejora de la gestión del Sistema Sanitario”*. Mientras que las categorías relacionadas con la intervención social, *“favorece la realización de la valoración social”*, *“favorece la elección de la intervención a desarrollar”* y *“promueve la continuidad asistencial”*, tuvieron un menor grado de aceptación con un 57% que estaba *bastante de acuerdo* y un 14% *poco de acuerdo*.

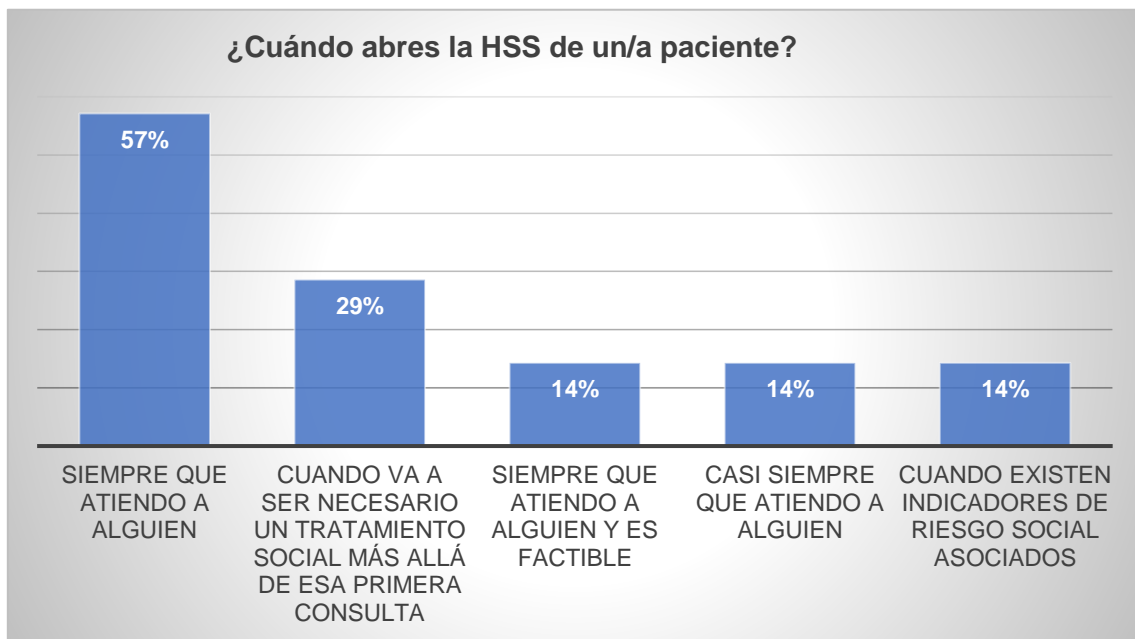
**TABLA 1. MOTIVACIONES USO HSS**

<b>Motivaciones uso HSS</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>
Favorece la realización de la valoración social	29%	57%	14%
Favorece la elección de la intervención a desarrollar	29%	57%	14%
Promueve la continuidad asistencial	29%	57%	14%
Contribuye a la visibilidad del TSS dentro del SCS	57%	43%	0%
Contribuye a la investigación en TSS	71%	29%	0%
Contribuye a la mejora de la gestión del TSS	71%	29%	0%
Promueve la mejora de la gestión del Sistema Sanitario	71%	29%	0%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

En relación con el procedimiento de apertura de una HSS, ninguno/a de los/as encuestados/as consideró la patología presentada por el/a paciente como criterio determinante. **La apertura de la HSS siempre que se atiende a una persona fue la opción más utilizada**, un 57% de los/as expertos/as que utilizan habitualmente esta herramienta. Dos de los/as encuestados/as introdujeron respuestas en campo abierto, en uno de los casos *“siempre que atiendo a alguien y es factible”* y en el otro *“casi siempre que atiendo a alguien”*. Sería interesante analizar en estudios posteriores los factores que dificultan la realización de la HSS en todas las ocasiones y que son determinantes de la factibilidad y de ese “casi siempre”.

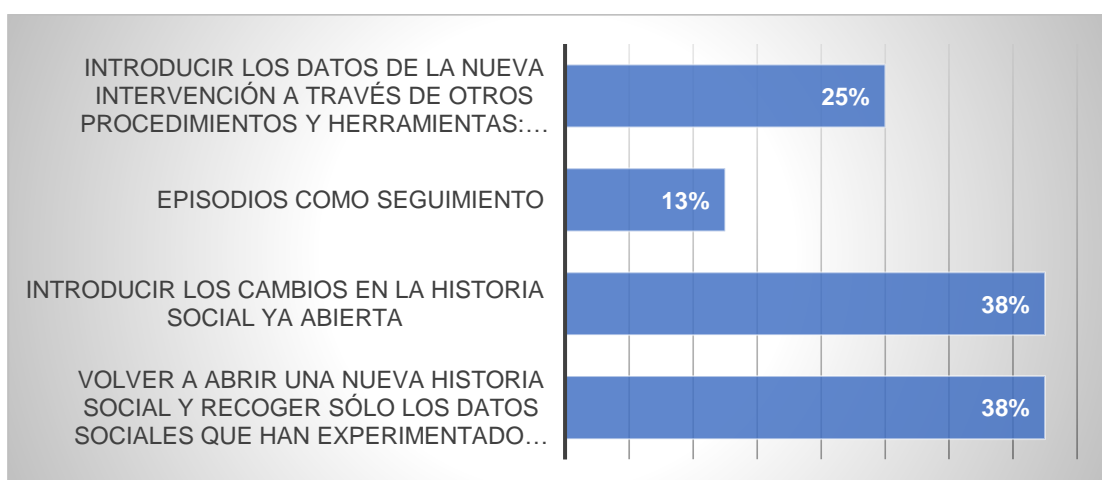
**GRÁFICO 1. CRITERIOS PARA ABRIR LA HSS**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

Existe una **gran disparidad en torno al procedimiento a seguir en relación con el registro de datos de pacientes que han sido atendidos y dados de alta social previamente** en la consulta de TSS de APS. Un 38% considera adecuado *“introducir los cambios en la HSS ya abierta”* y, un mismo porcentaje, *“volver a abrir una nueva HSS y recoger sólo los datos sociales que han experimentado algún cambio”*. Por detrás, un 25% señala la *“introducción de los datos de la intervención a través de otros procedimientos y herramientas”*, mientras que un 13% prioriza el registro en *“episodios como seguimiento”*.

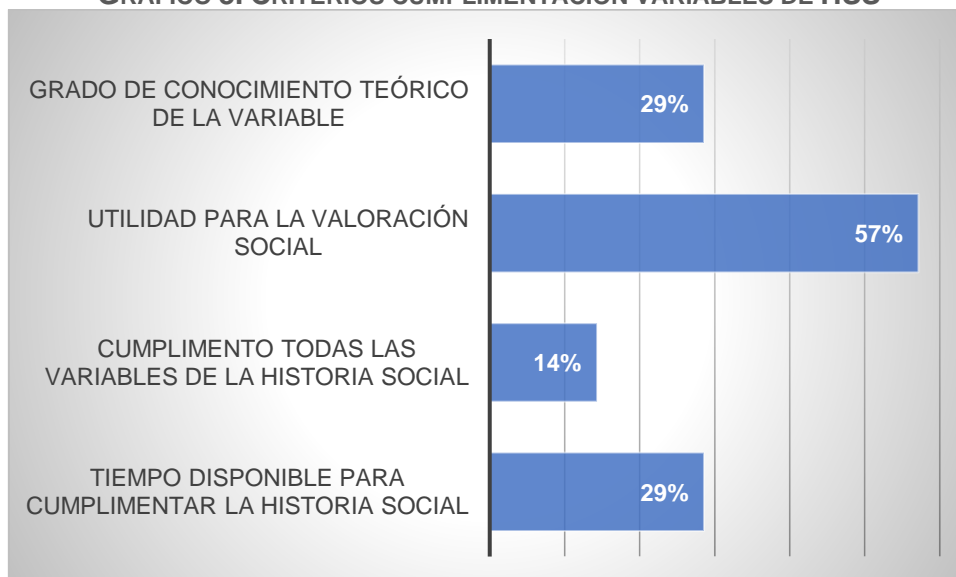
**GRÁFICO 2. PROCEDIMIENTO DE REGISTRO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ALTA SOCIAL PREVIA**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

La HSS consta de múltiples indicadores, sin embargo, en un estudio previo sobre las bases de datos del aplicativo generadas en los años 2012 y 2013, se observó que existía una *“baja tasa de cumplimentación de las variables (...) encontrándose la mayoría por debajo del 50%”(23, p. 32)*. **En relación con los criterios utilizados para decidir qué variables utilizar**, entre las personas que refirieron usar habitualmente la HSS en su práctica habitual, **más del 50% valoró el criterio de *“utilidad para la valoración social”* como el más adecuado**, seguido del *“grado de conocimiento teórico de la variable”* y el *“tiempo disponible”* en un 29% y, en último lugar, en un 14%, cumplimentaban todas las variables, por lo que no precisaban criterio de elección.

**GRÁFICO 3. CRITERIOS CUMPLIMENTACIÓN VARIABLES DE HSS**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

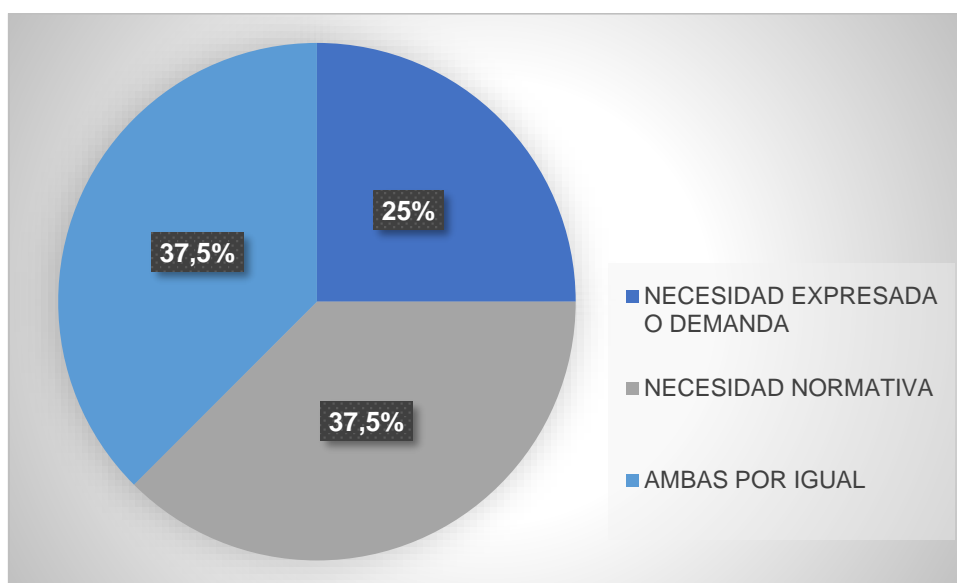
## 4.2. CONSENSO EN TORNO A LOS CONCEPTOS RECOGIDOS EN LA HSS

### 4.2.1. INTERPRETACIÓN DEL CONCEPTO DE NECESIDAD

En relación con la interpretación del concepto de *necesidad* en la variable dificultad para atender necesidades, siguiendo la clasificación de Bradshaw, no existe un claro consenso entre las personas encuestadas. Un 37,5% prioriza como criterio la normatividad, *“aquellos que el experto o profesional percibe como necesidad en una situación*

*determinada*”(44), mientras que un 25% considera más adecuada la perspectiva de necesidad expresada o demanda, “*la necesidad sentida puesta en acción mediante una solicitud o servicio*”(44). Si bien, otro 37,5% se muestra partidario de compaginar ambas interpretaciones.

**GRÁFICO 4. INTERPRETACIÓN NECESIDAD SEGÚN CLASIFICACIÓN DE BRADSHAW**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

En relación con la variable *dificultad para atender necesidades*, los/as profesionales que participaron en el estudio utilizan diversidad de criterios en su análisis. Por un lado, un grupo destaca la importancia del criterio subjetivo de la persona atendida, la necesidad expresada o demanda, pero puesta en relación con la valoración y criterio profesional:

- “*Criterios de importancia expresada y valorada por profesional*” (E3);
- “*Las expresadas (necesidades) por la persona atendida dan el origen del análisis conjunto de las dificultades reales y el abordaje y tratamiento de las mismas*” (E5).

Por otro lado, se plantean indicadores más concretos, organizados a partir de las diferentes áreas de la valoración social sanitaria:

- “*Cobertura/carencia necesidades en las diferentes áreas sociosanitarias: Autonomía física o psíquica; Habilidades Sociales; Organización de la unidad convivencial; Red de apoyo informal; Red de apoyo formal; Formación/Empleo; Economía; Empleo; Vivienda; Participación. Indicadores destacados: funcionalidad/autonomía en relación a la patología; acudir a consultas; tomas*

*de medicación; aseo personal y de vivienda; lesiones; actividad/inactividad laboral, absentismo escolar, ausencia de vivienda, insalubridad de vivienda, desorganización, factores estresantes (sobrecarga de cuidadores, ausencia de apoyo informal/formal...)*” (E8).

#### **4.2.2. INDICADORES DE SITUACIONES DE CONFLICTO**

Los criterios utilizados por los/as participantes en la encuesta para valorar el indicador *situaciones de conflicto* se pueden clasificar también en dos categorías, en función del criterio subjetivo del paciente o de la valoración profesional. En el primer caso, se recogen como criterios *“que la persona reconozca el conflicto”* (E3) o *“las manifestadas por la persona atendida, así como la vivencia de las mismas”* (E5). En el segundo caso, en el que se prioriza la valoración profesional, las personas encuestadas destacan las diferencias entre unos casos y otros, así como otros indicadores relacionados con la dinámica familiar:

E4: *“Depende del motivo de consulta. No es lo mismo intervenir sobre un síndrome del cuidador que con un alcoholismo. En general, valoro situación de conflicto como aquella que produce disfunciones, generan malestar e impiden desarrollar una vida equilibrada y estable.”*

E6: *“Tengo en consideración los indicados en el propio apartado: violencia, hostilidad, etc.”*

E8: *“Estilos comunicativos dispares (autoritario vs pasivo), desequilibrios de poder, somatizaciones de estrés, violencia percibida, intereses contrapuestos, rupturas de vínculos por diversas causas (económicas, sentimientos de abandono, de ausencia de apoyo y cuidados hacia la persona dependiente...)”*

#### **4.2.3. TIPOLOGÍA DE CONFLICTOS**

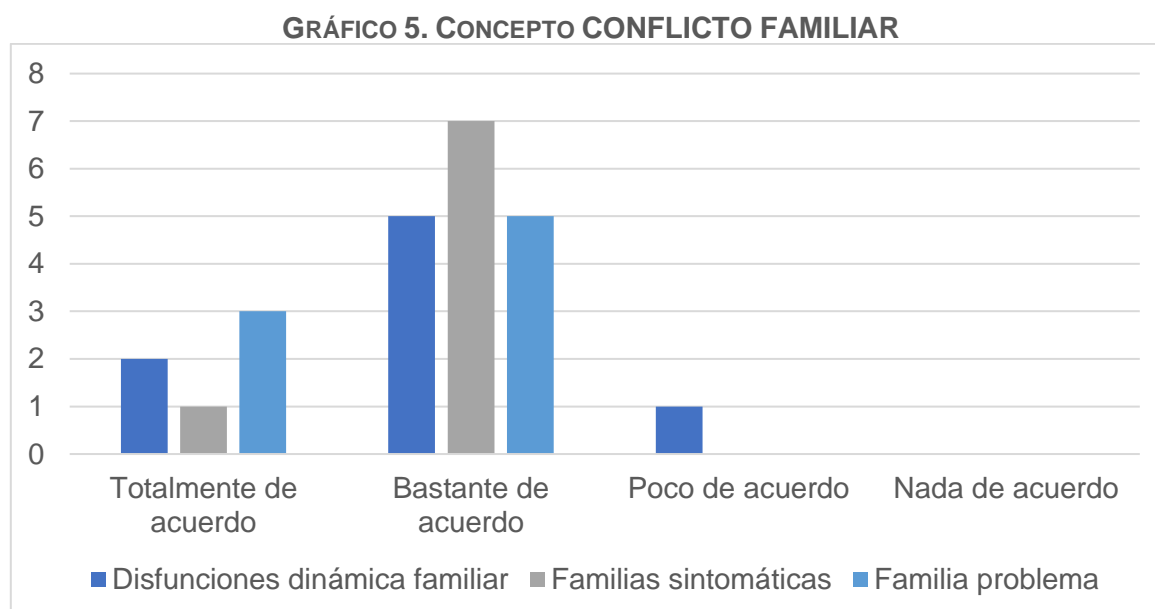
En relación con el concepto de *conflicto familiar* se analizó el grado de acuerdo en relación con tres definiciones:

- Disfunciones de la dinámica familiar: *“Cuando se producen disfunciones en la dinámica familiar o cuando la familia se enfrenta con obstáculos derivados de falta de recursos en el medio”*(41, p.90)
- Familias sintomáticas o familias-problema: *“aquellas en que la comunicación intrafamiliar se realiza en un lenguaje traducido en síntomas, no hay mensajes verbales, en la medida que esto es lo sano y deseable, sino que por el contrario hay «juego manipulativo», mediante la utilización de emociones provocadas*

por la presentación de síntomas creados por la familia y mantenidos de forma persistente”(41, p.90)

- Familia problema: *“aquella que es en sí misma el verdadero conflicto para el paciente y que bloquea las situaciones de tratamiento y recuperación, provocando a su vez disfunciones entre sus miembros. (En contraposición con la familia colaboradora, aquélla que por su buena disposición, por su capacidad sistémica y dinámica, desarrolla una gran energía para la recuperación de la salud del núcleo.(42)*

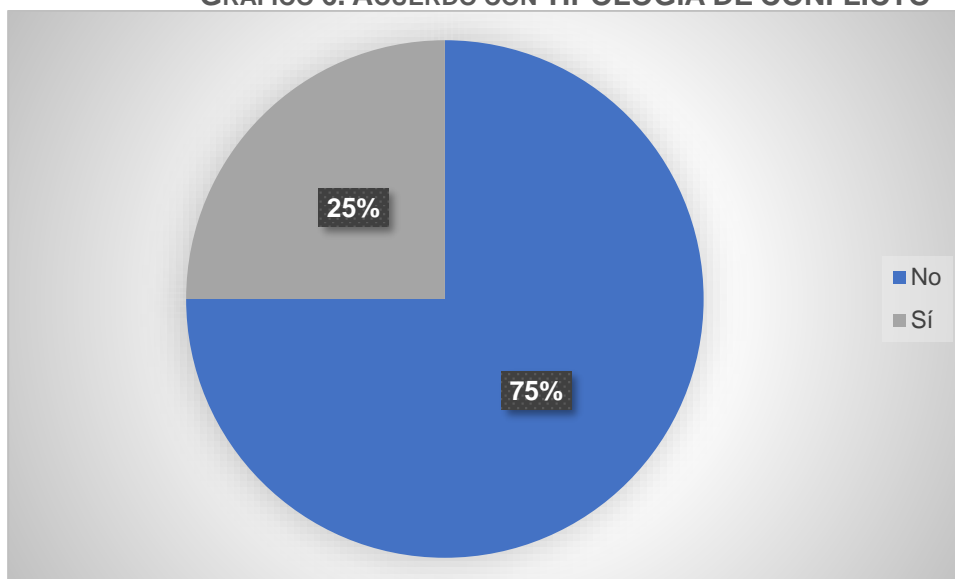
Las personas encuestadas manifestaron un elevado grado de consenso al mostrarse en su mayoría “totalmente de acuerdo” o “absolutamente de acuerdo” con las tres definiciones planteadas.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

La variable *tipología de conflicto* de la HSS presenta seis categorías (abandono, marginación, explotación, represión, hostilidad y rechazo mutuo). Un 75% de las personas encuestadas, considera que esta clasificación no cubre la variedad de conflictos intrafamiliares que se observan en la práctica clínica.

**GRÁFICO 6. ACUERDO CON TIPOLOGÍA DE CONFLICTO**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

Los motivos con los que justifican esta falta de acuerdo se relacionan, fundamentalmente, con la limitación y/o insuficiencia de esta clasificación:

E1: *“Existen más situaciones que no se recogen”;*

E 5: *“El conflicto intrafamiliar puede dar lugar a una más amplia tipología”;*

E6: *“Por su limitación, encontrarse obsoleta y no representar en su concepción amplia los indicadores para el abordaje de la situación de conflictividad”;*

E7: *“Habría más opciones”.*

Por otro lado, lo vinculan con la ausencia de evidencia que sostenga tal clasificación, *“No se corresponden con una tipología actual y contrastada de conflictos intrafamiliares”* (E4).

Por último, manifiestan su desacuerdo con esta clasificación por estar limitada a conflictos violentos, considerando más adecuado relacionarlo con los conflictos propios de las crisis familiares y/o personales:

E8: *“Están enfocadas en conflictos violentos, no siendo necesario que se manifiesten de esa manera, teniendo en cuenta que los conflictos son inherentes al ser humano, estando muy presentes en el ámbito sanitario. Los enfocaría más en relación al fondo del conflicto, en relación al modelo de intervención en crisis: crisis propias del ciclo vital, crisis estructurales, crisis externas y crisis de atención y cuidados, que tanto vemos en nuestro día a día.”*

#### 4.2.4. RED DE APOYO FAMILIAR

La variable *red de apoyo familiar* presenta dos categorías, adecuada e inadecuada y, en relación con los criterios utilizados para la valoración de la misma, los/as encuestados/as recogen indicadores diversos, con aspectos comunes, pero sin un total grado de consenso.

Por un lado, se señala como criterio la contribución al bienestar del/la paciente: *“Cuando contribuye al bienestar de la persona atendida, en el proceso de salud que le afecta”* (E5).

Otro de los aspectos señalados es la existencia o no de familiares, así como el tipo de relación o vínculo entre ellos/as, *“la existencia de familiares, así como el grado de adecuación en la relación con ellos”* (E6).

También señala una de las personas encuestadas la percepción del/la paciente y su satisfacción con la red de apoyo familiar como criterio para valorar su adecuación: *“lo expresado por la persona usuaria y percibido”* (E7).

Se recoge también la técnica del genograma familiar como instrumento para valorar la idoneidad de la red de apoyo familiar: *“herramienta de genograma familiar relacional”* (E3).

Otra de las personas encuestadas relaciona la adecuación de la red de apoyo familiar con la necesidad de cuidados de terceras personas, al señalar como criterio utilizado *“si existe o no patología del cuidador”* (E4).

Ante esta diversidad de criterios para la valoración de la red de apoyo familiar, una de las respuestas recoge la necesidad de combinar algunos de los anteriores elementos, así como otros nuevos (disponibilidad, frecuencia y adecuación) para que esta valoración sea completa:

*“Existencia de familiares en primer lugar y, posteriormente, la presencia de los mismos, el vínculo existente, el grado de satisfacción del apoyo que ejerce para la persona, los sentimientos que la persona atendida sostiene en relación a ese apoyo, la frecuencia con que se ofrece ese apoyo, si existe equilibrio entre el apoyo ofrecido y la situación de necesidad”* (E8).

#### 4.2.5. HISTORIA Y DINÁMICA FAMILIAR

Las variables HISTORIA (familiar) y DINÁMICA (familiar) son campos abiertos de la HSS. En el cuestionario, se pedía a los/as participantes que señalaran aquellos contenidos que consideraban necesario introducir en ambos apartados, de cara a la valoración y diagnóstico social sanitario (DSS). Las repuestas han combinado elementos relacionados con la estructura, la historia y el funcionamiento familiar.

En relación con la variable HISTORIA (familiar) no ha existido un claro consenso, las respuestas han girado en torno a los aspectos relacionados con la elaboración y visualización del genograma, la composición del grupo familiar y del núcleo de convivencia, las relaciones entre sus miembros y los aspectos de la historia familiar que repercuten en el proceso de salud-enfermedad:

E1: *“El genograma es fundamental y creo que debería recogerse de una manera más visual. También poder unir en grupo de convivencia a los familiares que viven juntos.”*

E4: *“Datos sobre la estructura y composición familiar”*

E5: *“Composición familiar. Composición del núcleo de convivencia. Relaciones familiares.”*

E7: *“Datos relevantes de su historia familiar que pueden tener repercusión en el proceso de salud/enfermedad presente”*

E8: *“El genograma sería ideal, porque lo hacemos en papel y sería básico que quedara sistematizado, precisamente por ser una descripción gráfica visual de la composición familiar y sus relaciones, como complemento a la descripción escrita. No hay nada que lo sustituya”*

Por otro lado, en relación con la variable DINÁMICA (familiar), una de las personas encuestadas no encuentra diferencias entre la información que se debe recoger en este apartado y en el anterior. El resto de las personas encuestadas introducen información relacionada con las relaciones, la tipología y el funcionamiento familiar y la utilización de otra técnica propia del TS, como es el sociograma, sin alcanzar tampoco un consenso general sobre los aspectos a recoger en este apartado:

E1: *“Las relaciones entre los miembros de la familia entre sí”*

E4: *“Tipo de familia, relaciones, funciones, comunicación, reglas, valores...”*

E5: *“Funcionamiento de la familia e interrelaciones entre los convivientes y no convivientes. Identificación de cuidadores, de personas de referencia o relevantes de menores, dependientes y de la persona atendida. Todo ello en relación con el proceso de salud que presenta la persona que se atiende”*

E7: *“Funcionamiento de los miembros del hogar familiar y aquella familia extensa relevante”*

E8: *“El vínculo relacional. La organización familiar. Los roles de cada miembro. La percepción de cada miembro en relación a los otros (sociograma). El grado de cohesión familiar”*

#### **4.2.6. PRESUPUESTO**

En relación con la variable *presupuesto*, a la hora de categorizarlo como *suficiente* o *insuficiente*, se repite el criterio de *objetividad*, con el que existe un mayor grado de consenso, priorizando la valoración profesional frente al criterio subjetivo de los/as pacientes.

En cuanto a los indicadores propuestos para realizar esta valoración se observa mayor diversidad de criterios y un menor nivel de acuerdo. Se plantean diferentes opciones, desde un mayor grado de concreción (*“salario mínimo interprofesional”*, E4) hasta propuestas menos definidas, pero señalando la necesidad de identificar indicadores concretos (*“criterios relacionados con parámetros económicos”*, E5; *“estándar objetivo, pero con supuestos”*, E6). Por último, algunas de las personas encuestadas introducen también un criterio comparativo entre necesidades y recursos económicos (*“un criterio comparativo: relación entre los ingresos-gastos y necesidades a cubrir”*, E8; *“objetividad ante si el presupuesto cubre las necesidades”*, E1).

#### **4.2.7. ¿RECIBE LOS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE NECESITA?**

Los criterios recogidos para el análisis de la variable *¿recibe los servicios/prestaciones que necesita?* presentan una naturaleza mixta, sin un consenso definido, ya que la mayoría de los/as encuestados/as señalan la combinación de indicadores objetivos, relacionados con las *necesidades normativas*, y subjetivos, vinculados con las *necesidades experimentadas y expresadas*:

*“Valoración sentida Versus valoración real analizada conjuntamente con la persona atendida (Necesidad sentida/necesidad real)”* (E5)

*“Tanto sobre si se tiene cubierta la demanda explícita como implícita”* (E6)

*“Valoración profesional y necesidad sentida del paciente”* (E4)

En otras de las respuestas se destaca la vinculación de esta variable con la “*calidad de vida y bienestar*” (E7), así como con “*las capacidades de la persona; la relación con su familia y personas significativas y comunidad; el apoyo informal y apoyo formal*” (E8).

#### **4.2.8. SUFICIENCIA DE LA ATENCIÓN QUE RECIBE DE SU CUIDADOR NO PROFESIONAL**

El juicio de valor relacionado con la variable *¿recibe una atención suficiente de su cuidador no profesional?*, según se recoge de los resultados de la encuesta, se basa en diferentes elementos, sin existir un consenso, centrados también en el continuum objetividad-subjetividad, los cuidados y la calidad de vida y el bienestar:

*“Sobre las necesidades de la persona dependiente y la capacidad del cuidador”* (E1)

*“Valoración profesional y necesidad sentida del paciente”* (E4)

*“Sobre criterios cualitativos”* (E6)

*“Sobre la calidad de vida y bienestar actual de la persona dependiente”* (E7)

*“La percepción de la persona en relación a los cuidados que recibe + los indicadores de cuidados observados por los profesionales”* (E8)

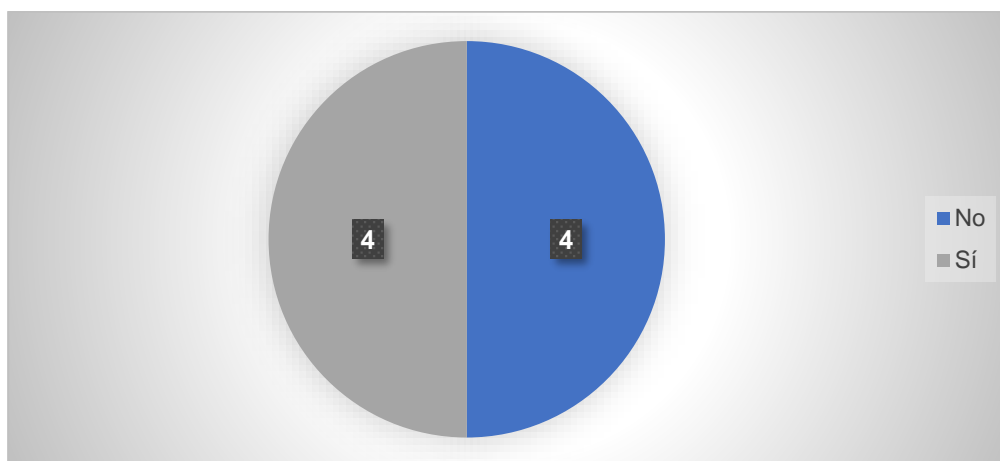
Por último, una de las personas encuestadas, recoge en su respuesta la necesidad de combinar todos los criterios señalados por el resto de expertos/as:

*E5: “Necesidad sentida / Cuidados necesarios /Cuidados dados = Valoración definitiva”*

#### **4.2.9. CONDUCTA**

No existe consenso en relación con la adecuación de las categorías de la variable *conducta* (agresiva, apática, asertiva, otras), ya que cuatro de las personas encuestadas se ha mostrado de acuerdo y las otras cuatro, en contra.

GRÁFICO 7. ACUERDO CON TIPOLOGÍA DE CONDUCTA



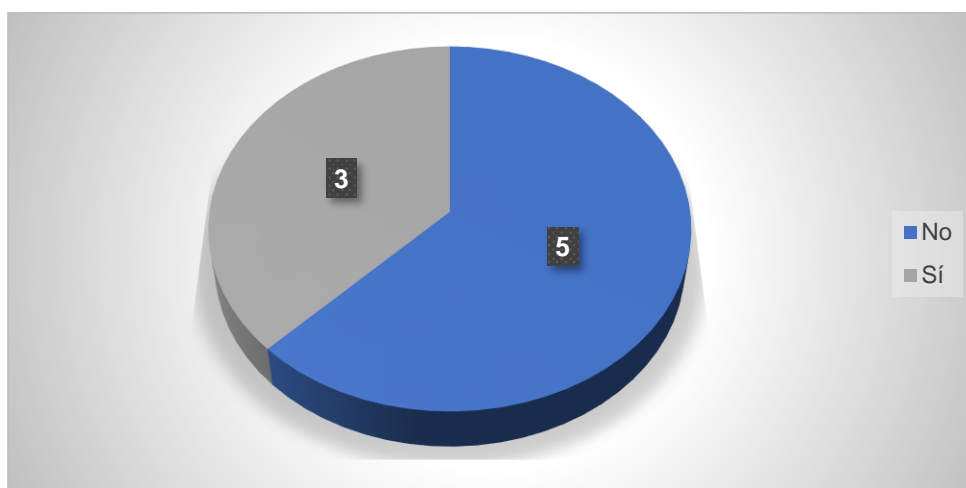
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

Las personas que consideran insuficiente esta clasificación señalan que *existen “más formas de reaccionar ante las situaciones” (E1)*, siendo necesario *“ahondar más en el tipo de respuestas conductuales” (E5)*. En una de las respuestas, señalan además otra posible reacción conductual no recogida en la categorización, como es *“la falta de reacción de algunas personas con imposibilidad de reacción” (E5)*.

#### 4.2.10. SENTIMIENTO

Existe, sin embargo, un mayor grado de consenso al analizar el acuerdo o desacuerdo con la categorización de la variable *sentimiento* (Aceptación, Soledad, Desvalorización, Abandono, Miedo, Otros), mostrándose cinco participantes en contra de la misma.

GRÁFICO 8. ACUERDO CON TIPOLOGÍA DE SENTIMIENTO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

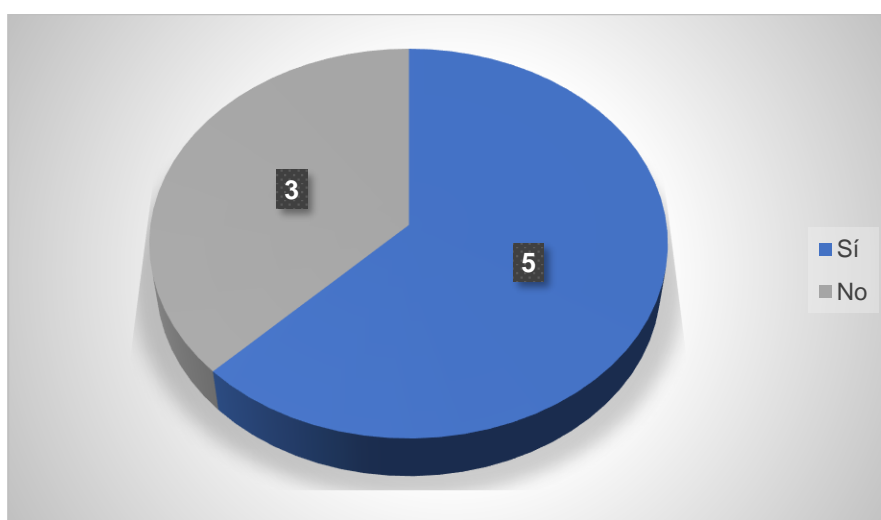
Las personas que se muestran en contra de esta clasificación, la consideran insuficiente y señalan diversas opciones para ampliar el rango de valoración en relación con los sentimientos, además de destacar una tipología que no aparece, “*la culpa*” (E1):

- Utilizar una “*clasificación más científica o basada en evidencias*” (E5);
- Incorporar “*emociones primarias, secundarias, desadaptativas...*” (E4);
- Incluir los “*sentimientos positivos, como indicadores que pueden suponer un equilibrio entre factor de riesgo y protección*” (E8).

#### 4.2.11. IMAGEN CORPORAL

Se observa un inverso grado de consenso que con la variable anterior en el caso de las categorías asignadas a la *imagen corporal* (aceptación, valoración rechazo, otras), cinco se muestran a favor y tres en contra. Las propuestas para ampliar los indicadores relacionados con la imagen personal son incluir *las propias “manifestaciones de las personas atendidas”* (E5), la información derivada de “*estudios realizados al respecto*” (E5), así como la introducción en la clasificación de otras categorías como “*conformidad, aceptación, en proceso de aceptación*” (E8).

GRÁFICO 9. ACUERDO CON TIPOLOGÍA DE IMAGEN CORPORAL

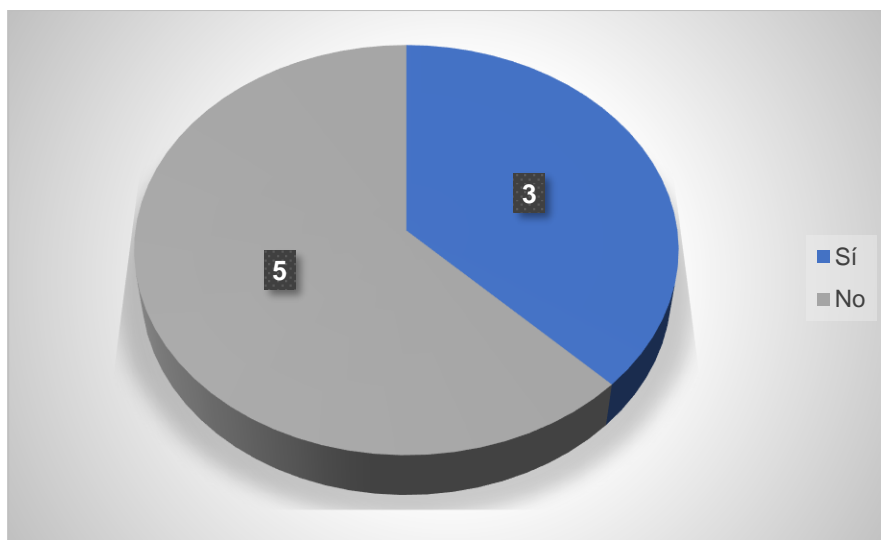


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

#### 4.2.12. AUTOESTIMA

Tampoco existe consenso en relación con las categorías relacionadas con la variable *autoestima* (alta, media, baja), mostrándose cinco personas en contra de la clasificación y tres a favor.

GRÁFICO 10. ACUERDO CON TIPOLOGÍA DE AUTOESTIMA



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

Se proponen nuevas alternativas de clasificación o una ampliación de la existente entre las personas que muestran su desacuerdo con la categorización de la variable *autoestima*:

*“Tendría que definirse con más exactitud (establecer una ratio numérica) o considerarlo como una valoración subjetiva de la persona atendida” (E5)*

*“No está mal, a nivel simplificado, pero se puede diferenciar entre alta equilibrada / alta sobreelevada” (E6)*

*“No se ajusta a una clasificación más actual: alta y estable, alta e inestable, baja y estable, baja e inestable es más concreta y clarificadora” (E4)*

*“Añadiría la variable estable/inestable: autoestima alta estable/inestable; baja estable/inestable... y también la autoestima inflada” (E8)*

#### 4.2.13. INCIDENCIA - OBSERVACIONES

Además de las variables relacionadas con esferas concretas de afectación psicosocial, en la pestaña de la HSS, *incidencia*, existe una variable denominada OBSERVACIONES, que

presenta un campo abierto para las mismas. La diversidad de respuestas de las personas encuestadas y la falta de consenso son, en este apartado, especialmente significativos. Las respuestas van desde una mayor imprecisión a la exposición de los contenidos concretos que consideran que se deben recoger en este apartado:

- *“Algún dato muy importante que haya que puntualizar”* (E1)
- *“Descripción de la demanda y necesidades detectadas por la TS”* (E8)
- *“Trabajo actual / Empleos pasados - Categorías profesionales / Tiempo cotizado/ Último estudio cursado o en curso / Actividades de ocio - Aficiones o inexistencia de ambas”* (E6)

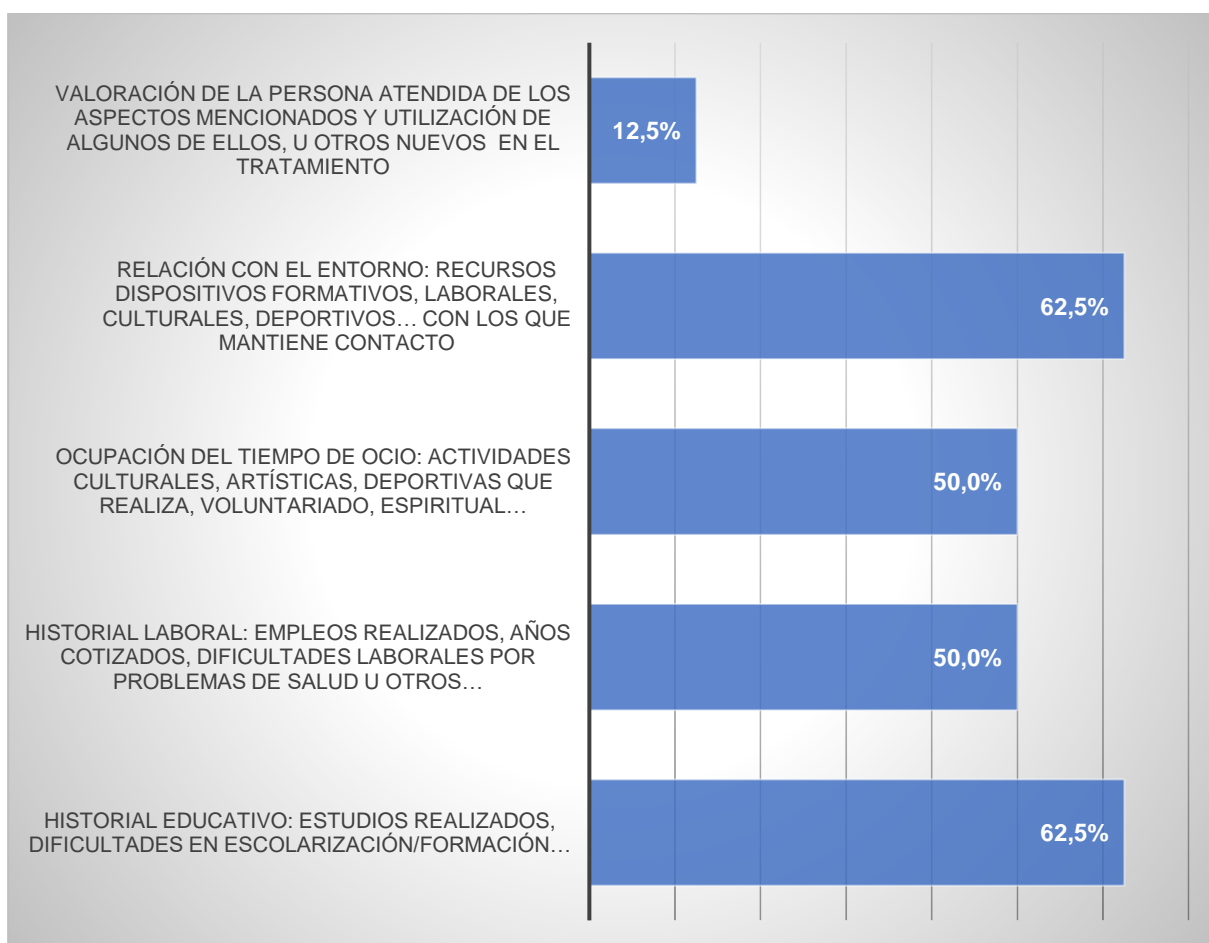
Por último, otra de las personas encuestadas, introduce por primera vez la necesidad de incluir expresamente, para que quede constancia escrita, el Diagnóstico Social Sanitario, así como los indicadores de riesgo y de protección:

*“Tendría que existir un apartado concreto de Diagnóstico Social Sanitario en el que se describiese la situación personal, familiar relacional y otros elementos significativos de la persona atendida en relación al proceso de salud y motivo de intervención. Descripción de Indicadores o factores de riesgo y elementos favorecedores, para el tratamiento.”* (E5)

#### **4.2.14. INCIDENCIA LABORAL/ESCOLAR/OCIO – RELACIÓN CON EL ENTORNO**

La variable *incidencia laboral/escolar/ocio – relación con el entorno* es un campo abierto en el que se recoge información relacionada con esta área. En la encuesta, las personas participantes debían señalar qué tipo de información recogían en la misma entre diferentes opciones, de carácter múltiple, así como añadir aquello que consideraran importante incluir de cara a la elaboración del Diagnóstico Social Sanitario. Los indicadores en los que existe un mayor consenso son los relacionados con *“historial educativo: estudios realizados, dificultades en escolarización/formación...”* y *“relación con el entorno: recursos dispositivos formativos, laborales, culturales, deportivos... con los que mantiene contacto”*, ya que un 62,5% de las personas encuestadas han coincidido en señalar la importancia de recoger esta información en este apartado. Asimismo, cuatro de las personas encuestadas han considerado que, en esta variable, debería incluirse información relativa a estos cuatro indicadores, añadiendo además, una de las personas, un quinto indicador, *“valoración de la persona atendida de los aspectos mencionados y utilización de algunos de ellos, u otros nuevos en el tratamiento”* (E5). Es decir, se insiste, de nuevo, en la percepción subjetiva del/la paciente, que acompañe a la valoración profesional.

**GRÁFICO 11. ACUERDO CON INFORMACIÓN RECOGIDA EN INCIDENCIA  
LABORAL/ESCOLAR/OCIO – RELACIÓN CON EL ENTORNO**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

#### 4.2.15. USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE

La variable USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE presenta una categorización dicotómica (Sí/No). Las personas encuestadas señalan diferentes criterios a la hora de valorar este aspecto. Por un lado, señalan una alternativa de categorización de las respuestas, “adecuado / mejorable / inadecuado” (E1). Por otro lado, no existe consenso en torno a la subjetividad del/la paciente y la valoración profesional, encontrándose respuestas que priorizan uno de los dos extremos y otra que destaca la necesidad de compaginar ambas visiones:

*“La valoración con la persona atendida del mejor enfoque terapéutico del tiempo de ocio y la aceptación” (E5)*

*“El subjetivo del profesional en base a la información recopilada” (E6)*

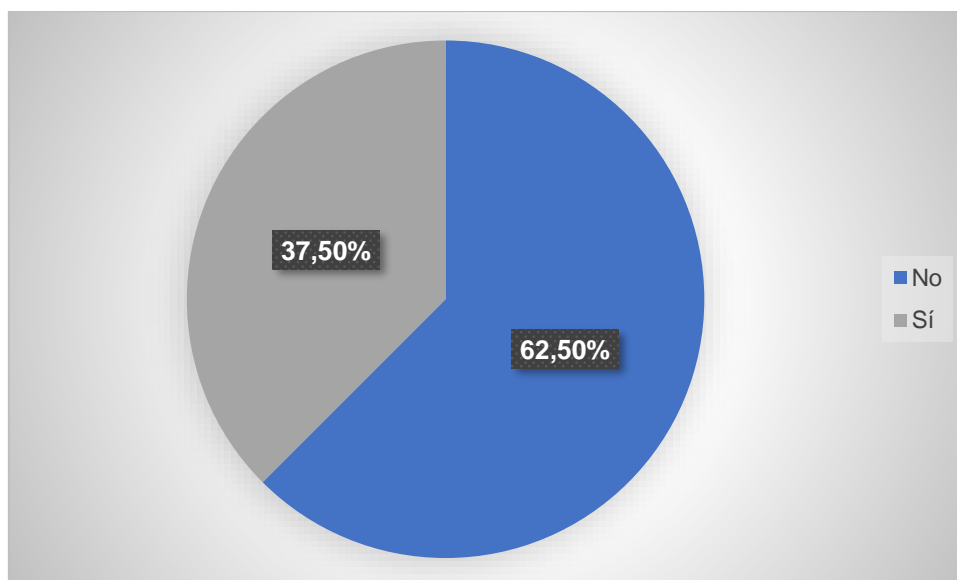
*“Diferenciaría entre la percepción de la persona y la valoración de la TS” (E8)*

#### 4.2.16. RIESGO SOCIAL

La última pestaña de la HSS, denominada *plan de intervención*, incluye siete variables, de las que se ha analizado el consenso relacionado con dos de ellas, la tipología propuesta para la variable RIESGO SOCIAL, así como el grado de acuerdo en relación con las diferentes categorías relacionadas con la variable PLAN DE INTERVENCIÓN.

En relación con la variable *riesgo social* se da cierto grado de consenso, ya que un 62,5% de las personas encuestadas se muestran de desacuerdo con la tipología presentada en la HSS.

GRÁFICO 12. ACUERDO CON TIPOLOGÍA DE RIESGO SOCIAL



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

En relación con los motivos vinculados a la falta de acuerdo con la clasificación, en una de las respuestas se señala la posibilidad de evitar la categorización e incluir un campo abierto. El resto de personas que se muestran en desacuerdo con la tipología destacan, por un lado, la limitación de las categorías existentes, quedando fuera de las mismas otras áreas de valoración social:

“Se centra en el riesgo social familiar también existe el riesgo social del exterior” (E1)

“Está muy orientado a los cuidados, no teniendo en cuenta otras problemáticas” (E4)

Por otro lado, otra de las personas encuestadas, vincula este apartado y las categorías que debería incluir, con los indicadores recogidos en el *Protocolo de Atención al Riesgo Social*, elaborado por los/as profesionales de TSS de APS del SCS en el año 2013 (E6).

Por último, en otra de las respuestas, se enfatiza en la necesidad de recoger en este apartado la información basada en la evidencia y en la explotación de los datos previos de la herramienta HSS:

*“Sería conveniente utilizar una terminología común basada en evidencias y en la recopilación de indicadores basados en la experiencia del uso del instrumento y relacionados o derivados de procesos de salud y/o factores sociales que inciden en procesos de salud” (E5)*

#### **4.2.17. PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL**

El último aspecto a analizar relativo al consenso en torno a la terminología utilizada en la HSS, ha sido el grado de acuerdo en relación a las categorías recogidas dentro de la variable PLAN (de intervención social). La categoría sobre la que existe un mayor grado de consenso en relación con su adecuación a la tipología de intervenciones sociales que se utilizan habitualmente en la práctica asistencial de TSS en APS ha sido el *“recurso sociosanitario”* y el *“soporte/apoyo psicosocial”*, considerándolas todas las personas encuestadas absolutamente adecuadas. Resulta necesario aclarar, en relación con el contenido de este apartado, que se observa una confusión terminológica en relación con las intervenciones desarrolladas y los recursos aplicados, que sería necesario delimitar claramente en futuras revisiones de la herramienta.

Las categorías sobre las que existe un mayor grado de consenso en relación con la baja adecuación a la práctica asistencial, han sido *“orientación solicitud de prestación económica”* (tres personas lo han considerado poco adecuado), *“solicitud prestación económica vivienda”* (dos personas lo han considerado poco adecuado y una persona nada adecuado) y *“medidas urgentes vivienda”* (con un nada adecuado y un poco adecuado). Por último, múltiples categorías presentan también un alto índice de consenso al señalar la adecuación a la práctica asistencial, con seis personas que les parece absolutamente adecuadas la *“información de derechos, prestaciones, recursos y servicios”*, la *“orientación de recurso o servicio adecuado”*, el *“asesoramiento sobre pautas de atención”*, la *“motivación / concienciación”*, la *“intervención en crisis”* y la *“coordinación o interconsulta con instituciones, entidades o servicios”*.

**TABLA 2. ADECUACIÓN CATEGORÍAS PLAN DE INTERVENCIÓN**

CATEGORÍAS PLAN DE INTERVENCIÓN		Frecuencia	%
Información de derechos, prestaciones, recursos y servicios	Absolutamente adecuado	6	85,7%
	Bastante adecuado	1	14,3%
Orientación de recurso o servicio adecuado	Absolutamente adecuado	6	85,7%
	Bastante adecuado	1	14,3%
Orientación solicitud de prestación económica	Absolutamente adecuado	2	28,6%
	Bastante adecuado	2	28,6%
	Poco adecuado	3	42,9%
Solicitud mejora dotación vivienda	Absolutamente adecuado	2	28,6%
	Bastante adecuado	4	57,1%
	Poco adecuado	1	14,3%
Solicitud prestación económica vivienda	Bastante adecuado	4	57,1%
	Nada adecuado	1	14,3%
	Poco adecuado	2	28,6%
Medidas urgentes vivienda	Absolutamente adecuado	1	14,3%
	Bastante adecuado	4	57,1%
	Nada adecuado	1	14,3%
	Poco adecuado	1	14,3%
Recurso sociosanitario	Absolutamente adecuado	7	100,0%
Recursos comunitarios	Absolutamente adecuado	5	71,4%
	Bastante adecuado	2	28,6%
Asesoramiento sobre pautas de atención	Absolutamente adecuado	6	85,7%
	Bastante adecuado	1	14,3%
Medidas de control y seguridad vivienda	Absolutamente adecuado	4	57,1%
	Bastante adecuado	2	28,6%
	Nada adecuado	1	14,3%
Soporte / apoyo psicosocial	Absolutamente adecuado	7	100,0%
Motivación / concienciación	Absolutamente adecuado	6	85,7%
	Bastante adecuado	1	14,3%
Intervención en crisis	Absolutamente adecuado	6	85,7%
	Bastante adecuado	1	14,3%
Coordinación o interconsulta con instituciones, entidades o servicios	Absolutamente adecuado	6	85,7%
	Bastante adecuado	1	14,3%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

### 4.3. ADAPTACIÓN DE LA HSS A DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE RIESGO SOCIAL

El último apartado del cuestionario estaba orientado a valorar la adaptación de la HSS de APS a distintas tipologías de riesgo social. En general, ha existido un importante consenso a la hora de señalar la adaptación de la herramienta a todas las categorías planteadas, excepto en una, se ha señalado una media de 4 con una baja desviación respecto a la misma.

La situación de riesgo social para la que se ha considerado más bajo el grado de adaptación de la herramienta a la misma ha sido la atención a *personas en situación de discapacidad y/o dependencia*, con una valoración media de la adaptación de 3.

TABLA 3. ADAPTACIÓN HSS A INDICADORES RIESGO SOCIAL

	Media	Desviación estándar	Rango
Violencia de género	4	1	3
Desprotección infantil	4	1	3
Persona cuidadora no profesional de un/a familiar dependiente	4	1	2
Anciano/a de riesgo	4	1	3
Dificultades de inserción laboral como consecuencia de problemática de salud	4	1	2
Enfermedad mental grave	4	1	2
Paciente pluripatológico/a	4	1	3
Crisis adaptativas (previsibles o imprevisibles)	4	1	3
Migración	4	1	4
Persona en situación de discapacidad y/o dependencia	3	1	3

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2020

Por último, en el análisis de resultados, las personas encuestadas destacaron diversos aspectos en el apartado *observaciones*. Por un lado, señalaron la necesidad de una *mayor utilización* de la HSS, llegando a destacar la “*formación para el uso obligatorio como registro en la intervención del trabajo social sanitario*” (E3). Varias de las personas encuestadas, incidieron en la *evaluación*, la *revisión* de la herramienta, la *incorporación de nuevos*

*elementos y la actualización de sus indicadores, con el objetivo de que se adapte a la valoración de tipologías o factores sociales de riesgo diferenciados:*

*“Necesita una revisión y actualización de sus indicadores. Necesita adaptarse a diferentes tipologías de pacientes” (E4)*

*“Convendría una mayor utilización y evaluación actual de la misma, así como quizás la incorporación de nuevos elementos que se adapten a la valoración de tipologías o factores sociales de riesgo diferenciados” (E5)*

Se destacó también el carácter de la HSS como *herramienta básica en nuestro quehacer diario*, destacando su utilidad para la elaboración del Diagnóstico Social Sanitario, la continuidad asistencial y la investigación epidemiológica:

*“Comparto la opinión de que es una herramienta básica en nuestro quehacer diario, base del diagnóstico social sanitario; también para compartir los datos recabados con otros profesionales de AP, otros TS que puedan intervenir en el caso (como las personas que sustituimos) sin necesidad de requerir una nueva recogida de información y para realizar estudios sociosanitarios que doten de cuerpo teórico y desarrollen nuestra profesión, y faciliten la intervención” (E8)*

Los comentarios de las personas participantes en el estudio denotan la importancia que se le confiere a la HSS como herramienta de recogida de información, así como el interés existente en la mejora y la actualización de este instrumento para el cumplimiento de sus fines de cara a la intervención, la investigación y la continuidad asistencial.

## 5. DISCUSIÓN

Entre las personas que participaron en el estudio sólo una de ellas señaló que no utilizaba habitualmente la HSS como herramienta para el registro de datos. Sin embargo, **el bajo índice de participación de la población encuestada, un 22%, no permite establecer conclusiones en cuanto a la generalización o no del uso de la HSS como instrumento de recogida de información.**

**Los resultados de la investigación no permiten vincular positivamente la utilización de la HSS con la experiencia laboral,** puesto que las tres personas con menor experiencia manifestaron utilizar la HSS de forma habitual. **Los datos del estudio no posibilitan, de igual modo, determinar cuáles son los motivos por los que algunas/os profesionales no utilizan la HSS para la recogida de datos,** debido al bajo índice de participación. Se puede destacar que la persona que indicó no utilizarla frecuentemente señaló como causas la falta de hábito y la ausencia de motivación. Este aspecto, el de la falta de motivación en la recogida de información, ha sido ya recogido por Cumming et al. (4) quien, al investigar sobre los registros de TSS en entornos hospitalarios, señaló que muchos/as trabajadores/as sociales los encontraban aburridos, tediosos y rutinarios y, además, les restaba tiempo para ayudar a las personas, lo que constituía su principal objetivo.

**No existe consenso en relación con las condiciones para la apertura de HSS,** tal como se desprende del análisis de los resultados del cuestionario. Se observan posiciones encontradas, abrir siempre la HSS o en determinados supuestos (como la existencia de indicadores de riesgo social asociados o como el desarrollo posterior de un tratamiento social más allá de la primera consulta). Esta disyuntiva, puede relacionarse con la necesidad de elaborar un DSS o no, puesto que en la consulta de TSS de APS, por su carácter de puerta de entrada al sistema sanitario, se atienden múltiples demandas directas de la población que no se encuentran vinculadas a ningún tipo de servicio de TSS. Se trata de intervenciones puntuales, que no requieren de un seguimiento posterior o nuevas consultas. Es decir, se desarrolla un trabajo reactivo ante las demandas directas de consulta de la población que requieren, tal como señala Colom(45) de una *atención profesional individualizada*, pero no la práctica del *casework*. O, como recoge García, situaciones que precisan una valoración, pero no la elaboración de un diagnóstico social y de un programa de intervención:

*“Parece claro que hay demandas o intervenciones que se pueden resolver sin necesidad de procesos tan elaborados. En primer lugar, porque no son necesarios para informar u orientar a una persona sobre los recursos a los que puede dirigirse ante una*

*demanda explícita, no es necesario un diagnóstico o una programación de la respuesta. (...) a este nivel tan básico de intervención tenemos que hablar de un análisis de situación y de una valoración de la misma, pero sin la necesidad del formalismo de expresarlo por escrito, con todo el protocolo que conlleva la elaboración de un diagnóstico y una valoración.”(46, p.11)*

**No existe tampoco consenso entre las personas encuestadas en relación con el procedimiento de registro en la atención a pacientes con alta social previa.** A pesar de que sólo ocho personas contestaron al cuestionario, la diversidad de respuestas fue importante, **con lo que resulta posible que, en el total de la población, esta falta de acuerdo se mantenga.** Sería interesante tratar de alcanzar un consenso en relación con este aspecto, de cara a aumentar la validez y fiabilidad de los datos para fines investigativos. En el análisis previo que se realizó de las bases de datos de los años 2012 y 2013 del aplicativo fue necesario realizar un exhaustivo proceso de depuración de datos, ya que muchos/as pacientes presentaban más de un registro de HSS con datos contradictorios (23, p.9). Es decir, aquello que no genera gran dificultad para la intervención, sí origina una gran confusión a la hora del tratamiento estadístico de las bases de datos, debido a la existencia de distintos registros de HSS de un/a mismo/a paciente. Asimismo, esta misma disparidad, puede dificultar la continuidad asistencial y el seguimiento por parte de diversos/as profesionales.

Por último, **tampoco se ha encontrado un acuerdo sobre los criterios utilizados a la hora de cumplimentar los indicadores de la HSS,** aunque se puede destacar que un 50% propuso como guía la *utilidad para la valoración social*. Esta cuestión se encuentra relacionada con las diferencias señaladas en torno a la atención personal individualizada y el casework, así como con el último punto de análisis de la HSS, como es la adaptación de la HSS ante diferentes situaciones de riesgo social. En cuanto a este aspecto, no parece necesario desarrollar el mismo procedimiento de recogida de información para todos los indicadores de riesgo social, puesto que puede que resulten necesarios algunos datos específicos en función de la tipología del caso en estudio.

La segunda parte de este análisis permite afirmar que **no existe un consenso en torno a muchos de los conceptos recogidos en la HSS, así como las categorías a través de las cuales se valoran.** La terminología en la que se ha encontrado mayor consenso ha sido la referida al concepto de *conflicto familiar* y la necesidad de una valoración objetiva de la suficiencia del presupuesto económico.

**La carencia de acuerdo en muchas de las variables se encuentra relacionada con la confrontación entre la valoración subjetiva del/la paciente y el criterio objetivo, normativo y/o profesional.** Esta disyuntiva se ha observado fundamentalmente en las variables referidas al *concepto de necesidad*; las *dificultades para la cobertura de necesidades*; la *adecuación de la red de apoyo familiar*; la *suficiencia económica*; la *adecuación de los servicios/prestaciones recibidos*; y la *adecuación del uso del tiempo libre*.

Estos posicionamientos discordantes enlazan con el debate epistemológico entre las ciencias humanas-sociales y las naturales, así como la tendencia de ésta última por imponer el enfoque positivista, lógico y racional, como único medio de acercarse a la realidad. Ortiz(47) reflexiona también sobre la necesaria *objetividad de la subjetividad* en las ciencias humanas y sociales, que considera que se puede alcanzar a través del análisis de la intersubjetividad, la transconciencia y lo relacional, buscando los puntos en común y generalizables, aunque insiste en que la objetividad pura en la ciencia no existe, puesto que la percepción del observador siempre va a estar influida por sus experiencias y posicionamientos personales.

A su vez, esta diferenciación entre la supuesta visión objetiva del/la profesional y la subjetiva del/a paciente tendría también un componente político y ético, ya que plantea una clara diferenciación de posiciones y de jerarquía de saberes, considerando de mayor validez, entendida esta como objetividad, a las valoraciones de los/as profesionales frente a las de los/as pacientes. En esta línea Zamanillo(48) advierte de los riesgos asociados a esta lógica e intervención positivista, que se aleja del objetivo del empoderamiento de los/as ciudadanos/as a través de la intervención social, de tal forma que las personas pueden pasar a ser tan sólo *“objetos de estudio y evaluación”*, en lugar de sujetos de derechos y participantes activos en su proceso de desarrollo personal y en la resolución de sus problemas psicosociales.

Si bien la incorporación de “lo subjetivo”, de la vivencia de la persona y de su discurso en torno a los problemas psicosociales que le afectan, es uno de los aspectos definitorios del TS como disciplina, ya en los comienzos de la profesión, Richmond señalaba que éste era un factor que había que tener en cuenta y tratar con cautela:

*“En diagnóstico social, no cabe duda de que las clases de evidencia disponibles, como son en su mayoría de naturaleza testimonial, no pueden tener un valor probativo equiparable al de los hechos de las ciencias exactas. Nosotros no podemos ir más allá de la obtención de pruebas de una certitud razonable”*(49, p.41).

Sin embargo, hoy en día, disponemos de una gran cantidad de teoría científica, tanto de nuestra propia disciplina como de otras afines, que puede ser aplicada para darle mayor eficacia a la práctica pero, como señala Fombuena, *“la práctica basada en la evidencia todavía plantea dificultades para asentarse en la profesión debido a que los trabajadores sociales tienen tendencia a confiar en su propio conocimiento y experiencia antes que en los resultados de la investigación(50)”*.

Por último, dentro de este debate epistemológico y metodológico, en el marco del TS en general y del TSS en particular, se encuentra la distinción entre necesidad y demanda, la demanda relacionada con la vivencia subjetiva del/la paciente y la necesidad a la que se accede tras el estudio y diagnóstico social. Tal como señala Colom, *“se señala el término «satisfacción de necesidades» y no «satisfacción de la demanda», pues desde el trabajo social sanitario se trabaja sobre la base de necesidades diagnosticadas, aunque la puerta de entrada sea la demanda expresada por la persona o su familia. Se atienden las demandas, pero se cubren las necesidades”(51, p. 16-17)*.

Por tanto, **en el marco del TSS en APS en Cantabria, de cara a la sistematización y homogeneización en los procesos de DSS y de documentación de los mismos, a través de la HSS, parece oportuno desarrollar un proceso reflexivo en relación con la incorporación de lo objetivo y lo subjetivo en el estudio y valoración social sanitaria.** Durán resuelve esta dicotomía señalando la necesidad de unir estos dos posicionamientos, la experiencia subjetiva del paciente y el criterio profesional: *“se establece así una relación colaborativa asentada en la horizontalidad relacional y en la equidad de saberes, donde el individuo posee un “saber experto” de su propia vida y situación, complementario al conocimiento profesional.”(52, p. 84)*

A pesar de la falta de consenso en relación con diversos conceptos de la HSS, **se ha observado una cierta concordancia entre las/os profesionales en el enfoque sistémico ante determinadas variables**, como es el caso de la HISTORIA (familiar) y la DINÁMICA (familiar). El análisis del contenido de las respuestas del cuestionario ante estos conceptos muestran cierta confusión entre diversos constructos sistémicos si se analizan siguiendo el modelo teórico de intervención con familias propuesto por Escartín y Suárez(41), puesto que al comparar las respuestas de ambas variables de forma combinada, al estar tan fuertemente vinculadas, los aspectos relacionados con la estructura familiar se recogen indistintamente en uno y otro apartado.

Otro de los aspectos destacables que se han encontrado al analizar las variables DINÁMICA e HISTORIA (familiar) es **la propuesta por parte de las encuestadas de introducir dos de las técnicas más utilizadas por el TSS, como son el genograma y el sociograma**. El genograma familiar es una técnica diagnóstica que permite condensar toda la información familiar en una sola imagen y el sociograma es un gráfico que permite representar visualmente las redes sociales o personales (48). Ambas técnicas permitirían mostrar la información relativa a la estructura familiar y las relaciones familiares y sociales de una forma más gráfica y visual, favoreciendo el posterior análisis y valoración social sanitaria.

**No se ha observado tampoco un acuerdo en relación con las categorías con las que se definen diversas variables**, como son *conducta, sentimiento, imagen corporal, autoestima y riesgo social*. Se muestra, por tanto, imprescindible un proceso de análisis con respecto a estos indicadores de acuerdo con clasificaciones validadas y evidencia científica, tal como señalan también algunas de las personas encuestadas.

En relación con la incorporación de categorías diagnósticas para la valoración social dentro de la HSS, éstas han de servir para facilitar el DSS, huyendo de catalogaciones o etiquetajes que dividan a los/as pacientes en compartimentos estancos que no resulten útiles para la intervención psicosocial. Si bien, como señala Garcés, las categorías diagnósticas nos pueden ayudar *“a organizar y concretar la información y a unificar un lenguaje común”, “a realizar diagnósticos sociales más precisos”, así como a “visualizar nuestro trabajo en las organizaciones sanitarias, donde se impone un sistema de registro de la información codificado”* (53).

Otro aspecto interesante que ha surgido en el análisis ha sido la reflexión en torno a la amplitud de los indicadores de riesgo social, precisando su extensión a otras esferas de valoración. Esto, a su vez, enlaza con otra de las propuestas realizadas, como ha sido la **necesidad de incorporar un apartado concreto de Diagnóstico Social Sanitario** donde quede reflejada de la manera más exacta la situación social y la personalidad del paciente (49) huyendo de descripciones genéricas que *definen problemas sin interpretarlos y contextualizarlos en la persona y en su vivencia* (45, p.7). Es decir, **el DSS nos define como profesión y como disciplina sanitaria, por lo que la introducción del DSS en la HSS y, con ello, en la Historia Clínica, puede ser uno de los factores en el proceso de consolidación y reconocimiento del TS como profesión sanitaria**.

Por último, en relación con las categorías recogidas en el plan (de intervención) se observa **cierta confusión terminológica en relación con las tipologías de intervenciones**

**sociales si seguimos la clasificación propuesta por De Robertis (54)**, que las categoriza en directas e indirectas. Esta confusión puede encontrarse también relacionada con la estructura de la clasificación, que tiende a mezclar intervenciones con tipologías de recursos, siendo necesaria una revisión de la misma con el objeto de promover el carácter científico y terapéutico del TSS, en su vertiente clínica, huyendo también así de la vinculación del TS con la mera gestión de recursos y prestaciones sociales.

## 6. CONCLUSIONES

**Al inicio del trabajo partíamos de la hipótesis de que las/os profesionales de TSS de APS de Cantabria realizan un uso desigual de la HSS y los resultados indican que esto es una realidad.** Por un lado, existen profesionales que no utilizan esta herramienta para la recogida de datos. Por otro lado, entre los/as que usan la HSS, se observan diversos criterios en relación con el procedimiento de apertura de la HSS con pacientes en primera consulta, así como con aquellos/as dados/as de alta social previamente. Tampoco existe un acuerdo en relación con las variables que resulta necesario cumplimentar para poder considerar como adecuada la recogida de datos para la elaboración del DSS.

El bajo índice de participación de la población estudiada no permite valorar correctamente, en los casos de no utilización de la HSS, si los diversos motivos que lo justifican se encuentran relacionados con el desconocimiento de la herramienta. Sin embargo, podemos afirmar que el documento Guía básica APCantabria – SANITARIOS(52), utilizado para la formación en el manejo de la Historia Clínica del programa APCantabria, no hace referencia a la HSS. **No existe tampoco ningún otro documento interno que sirva como manual de uso de la HSS y como instrumento de autoformación.** Un material de estas características apoyaría la difusión de la importancia del uso sistemático de la HSS para la recogida de datos y facilitaría la homogeneidad en su uso, tanto para los/as profesionales que trabajan actualmente en APS del SCS, como para los/as que se incorporen en el futuro.

Uno de los posibles factores que pueden influir en el uso de la HSS, pero no explorado en este estudio, es la convivencia de diferentes aplicativos para la recogida de información de TSS, como “intervención social”, “TS con pacientes inmovilizados”, “TS con cuidadores”, etc. y la ausencia de unas directrices comunes para el uso de unas u otras herramientas. Esta heterogeneidad resta fiabilidad y validez a las bases de datos generadas por el aplicativo HSS de cara a su explotación con fines de gestión, investigación y evaluación. En relación con esto, Colom incide en señalar que para la evaluación y revisión de las prácticas y la propuesta de mejoras, resulta necesario que la información que utilicemos siga *la misma metodología y procedimientos o protocolos de trabajo social apoyados en sistemas de información* (37, p.33), por lo que también **parece necesaria la búsqueda de un acuerdo en relación con las herramientas utilizadas para el registro de información entre los/as profesionales de TSS de APS de Cantabria.**

La contribución de la HSS al desarrollo de la valoración social y la intervención social sanitaria ha sido uno de los factores menos valorados por los/as expertos/as participantes en el estudio. Por tanto, **la imprescindible revisión y actualización de la herramienta HSS ha de buscar la máxima adaptación a la práctica asistencial e, incluso, a los tiempos de trabajo disponibles**, para impulsar su utilización dentro del colectivo. Esto es lo que defiende también Villalobos(55) cuando habla de los sistemas de información de las organizaciones sanitarias que, si bien deben adaptarse a nuestra forma de trabajar, deben también *posibilitar la reingeniería de los procedimientos y procesos*, posibilitando así *nuevas formas de hacer las cosas que hacíamos con una visión diferente*.

**También planteábamos que la experiencia laboral influía positivamente en el uso habitual de la HSS como herramienta para la recogida de datos, sin embargo, los resultados nos indican lo contrario**, ya que las tres personas encuestadas y con una experiencia profesional inferior a 5 años, señalaron utilizar habitualmente la HSS. A pesar de ello, no se pueden generalizar estos resultados en la población de estudio, debido a la baja representatividad de la muestra.

**Respecto a la utilización de diferentes conceptos para definir las variables recogidas en la HSS, que señalábamos como tercera hipótesis, la investigación permite confirmar esta sospecha.** El análisis del contenido de los cuestionarios ha permitido observar diferentes posicionamientos en torno a las variables e indicadores utilizados en la HSS. Resulta destacable la aparición de la dicotomía entre la dimensión objetiva y la dimensión subjetiva de la valoración profesional en múltiples variables, de lo que se desprende la necesidad de combinar ambos enfoques para ajustar el DSS a la realidad de las personas atendidas. Asimismo, en relación con las categorías a través de las cuales se valoran algunas variables, varias de las personas encuestadas han reclamado una revisión de las mismas. Estos datos determinan la necesidad de introducir las vivencias subjetivas de los/as pacientes junto con la necesaria categorización y codificación que permita la utilización de los datos para la evaluación, la gestión y la investigación.

Esta falta de homogeneidad en la interpretación de los conceptos y variables utilizados para la valoración social sanitaria y recogidos en la HSS supone un importante riesgo de cara a la validez y fiabilidad de los datos de la herramienta con fines de investigación y gestión. Si bien este trabajo ha contribuido a generar un marco para la reflexión y la toma de conciencia sobre la necesidad de homogeneizar perspectivas, no ha permitido alcanzar un consenso ni definir con claridad los conceptos y constructos que aparecen en la HSS. Por tanto, parece

preciso realizar un proceso más exhaustivo de búsqueda de consenso en torno a la significación que los/as distintos/as profesionales de TSS de APS le dan a las variables e indicadores recogidos en la HSS. El método Delphi se puede adaptar metodológicamente al necesario proceso de búsqueda de consenso, puesto que al desarrollarse a través de varias etapas, en las que se genera una devolución de resultados y de feedbacks, *facilita la reflexión de los participantes y con ello una mayor comprensión a partir de diferentes perspectivas, que además, (...) resultan muy eficientes para la construcción de significados y acuerdos*(56). Asimismo, la participación activa de los/as expertos/as en procesos de investigación basados en el método Delphi, presenta a su vez un impacto positivo en la aplicación práctica de las soluciones compartidas a los problemas estudiados. Como señalan Yañez et al. *“al haber participado activamente en la definición de un problema o en la construcción de soluciones en el contexto de una investigación, adquieren una comprensión más amplia del tema tratado e incluso podría aumentar su compromiso con el tópico y estar más dispuestos a participar activamente en acciones que se deduzcan de la investigación*(57)”. La participación activa en la implantación de las soluciones encontradas a los problemas de registro en TSS supone un aspecto imprescindible sobre el que incidir al tratarse de un proceso de investigación-acción.

Por último, **los resultados de la investigación no permiten concluir que la HSS presenta diferente grado de adaptación a la recogida de datos en función de los indicadores de riesgo social, tal como se señalaba en la cuarta hipótesis, puesto que se ha valorado un alto ajuste de la herramienta ante todas las situaciones de riesgo social**. Sin embargo, en el futuro análisis y propuestas de mejorar que se pueda llevar a cabo sobre la herramienta, resulta necesario que se valore la adaptación de los cambios en variables y categorías a cada uno de estos indicadores de riesgo social u otros que determinen los/as expertos/as. En este sentido existe la posibilidad de que se planteen, junto con la herramienta HSS, de carácter más general, otros aplicativos específicos que respondan a procedimientos de actuación específicos ante situaciones de riesgo social concretas.

Esta investigación ha supuesto un primer acercamiento diagnóstico a los procedimientos de registro y uso de la HSS entre los/as profesionales de TSS de APS del SCS, así como al grado de consenso en relación con los conceptos y variables recogidos en esta herramienta. **La diversidad de opiniones y posicionamientos encontrados a lo largo del estudio entre los/as expertos participantes**, justifican la necesidad de desarrollar un proceso de análisis y reflexión más exhaustivo que posibilite una definición precisa de las áreas de estudio e intervención, así como una estandarización de los indicadores y criterios de valoración.

Las carencias en el registro de los datos de la intervención social sanitaria se muestran como una barrera para la adaptación de los servicios de TSS a las características específicas de la población atendida en una determinada área de salud. Por tanto, **la relevancia de esta sistematización de la recogida de datos y, con ella, del Diagnóstico Social Sanitario, para la mejora de los servicios de TSS en APS, marca una imprescindible línea de actuación que ha de liderarse desde la Gerencia de APS**, sin dejarlo al albur de las disposiciones de las profesionales de TSS. Ésta ha de convertirse en una línea estratégica si se pretende prestar una atención a la salud de carácter integral y de calidad, consolidando una atención de TSS con rigor científico y basada en la evidencia disponible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Colom D. Libro verde del Trabajo Social. Instrumentos de documentación técnica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistencia Social; 2005. 81-83 p.
2. Código deontológico de Trabajo Social. Herramientas e instrumentos de Trabajo Social. Madrid: Consejo General del Trabajo Social; 7 p.
3. Munuera MP. La huella de Mary Richmond en la intervención psicosocial del siglo XXI. Trab Soc Hoy. 2011;64:9-27.
4. Cumming S, Fitzpatrick E, McAuliffe D, McKain S, Martin C, Tonge A. Raising the Titanic: Rescuing Social Work documentation from the sea of ethical risk. Aust Soc Work. 2007;60(2):239-57.
5. Munuera Gómez P. Gordon Hamilton (1892-1967) y la importancia del registro social. Trab Soc hoy [Internet]. 2002;(35):143-52. Disponible en: <https://bit.ly/2CvUIPg>
6. Ames N. Social Work recording: a new look at an old issue. J Soc Work Educ. 1999;35(2):227-37.
7. Hansen AG, Martin E, Jones BL, Pomeroy EC. Social Work Assessment Notes: A Comprehensive Outcomes-Based Hospice Documentation System. Heal Soc Work. 2015;40(3):191-200.
8. Kane MN, Houston-Vega MK, Nuehring EM. Documentation in Managed Care. J Teach Soc Work. 2008;22(1-2):199-212.
9. Fuster R. Los procesos sociales en la historia sanitaria electrónica de los hospitales de la Comunidad Valenciana. Trab Soc y Salud. 2017;86:51-61.
10. Chico A. Historia social informatizada como parte de la historia de salud: necesidad, ventajas y aplicaciones. Trab Soc y Salud. 2003;46:57-68.
11. Cava AI, Illa C, López B, Monrós MJ, Murciano H, Sayas P. Sistema de registro de Trabajo Social Sanitario en la intervención Individual y familiar en la Comunidad Valenciana. Trab Soc y Salud. 2009;64:305-36.
12. Angulo MI, Medina MT. Sistema de registro del Trabajo Social Sanitario. Hospital San Juan del Aljarafe: Aplicación de las nuevas tecnologías a la actividad del Trabajo Social. Trab Soc y Salud. 2009;64:259-82.
13. Garcia M del C, Piñera R. Informatización del Trabajo Social en Asturias. Trab Soc y

- Salud. 2009;64:215-26.
14. Menendez AM. Experiencia de informatización de la Historia de Trabajo Social en el Hospital de Jarrío. *Trab Soc y Salud*. 2009;64:179-94.
  15. Rojo R. La presencia del Trabajo Social en el entorno de la historia clínica digital E-CAP en la atención primaria de salud en Catalunya. *Trab Soc y Salud*. 2012;72:131-45.
  16. Morro L, Casals A, Burcet S, Cascales A, González S, Roig M, et al. La Historia Social en la Historia Clínica Digital. Aplicación informática de la Historia Social en el Parc de Salut Mar: una herramienta para la intervención social. *Trab Soc y Salud*. 2012;72:37-45.
  17. Monrós MJ. Líneas estratégicas de gestión y coordinación en Trabajo Social Sanitario. Una experiencia desde el Servicio de Asistencia Sociosanitaria de la Consellería de Sanidad de Valencia. *Trab Soc y Salud*. 2012;72:283-9.
  18. Basagaña S, Durano R, Gil C, López R, Medina A, Soler M. Tabla de códigos para la estandarización y síntesis del diagnóstico social con el CIE 10 - TADISO 2014. *Trab Soc y Salud*. 2016;83:167-73.
  19. Monrós MJ, Cava AI, Agut O. Sistema de información automatizado para el espacio sociosanitario. Un esfuerzo de coordinación sociosanitaria. *Trab Soc y Salud*. 2018;91:99-106.
  20. GRUPO RESISOR. LIBRO BLANCO HISTORIA HISTORIA SOCIAL ÚNICA ELECTRÓNICA DE ANDALUCÍA (HSUe) [Internet]. Sevilla; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3ab43Sf>
  21. Ovejas R, Gabantxo K. Diagnóstico Social e Intervención. Herramienta informática para el Trabajo Social. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2009.
  22. Calvo V, Rodríguez J, Pomares AM, Mercedes G, Ramell AM, Sentís L, et al. Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en Centros de Atención Primaria de Salud: Un estudio desde el Trabajo Social Sanitario. *Trab Soc Glob*. 2011;2(3):116-42.
  23. León J, Balza R, Pérez Ó. La historia social como herramienta para la investigación socioepidemiológica en atención primaria de salud de Cantabria [Internet]. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3acckp0>
  24. Iglesias S. Estudio del perfil sociodemográfico y de la adecuación del recurso al alta de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera y prótesis de rodilla con valoración por la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Hospital Dos de Maig. *Agathos Atención*

- sociosanitaria y bienestar [Internet]. 2018;4:14-26. Disponible en: <https://bit.ly/3flarmY>
25. Alfaro R, Calatayud MV, Rubio MD, Sahuquillo MC, Sempere MÁ, Vilaplana MC. Estudio de la intervención del Trabajador Social Sanitario en el programa de atención a personas mayores. *Doc Trab Soc*. 2011;50:129-45.
  26. Guillén M, Fuster R. Estudio sobre el tratamiento del problema social en el ámbito hospitalario. *Doc Trab Soc [Internet]*. 2012;51:145-80. Disponible en: <https://bit.ly/3dmxO4c>
  27. Fuster R, Guillem M. Estudio del problema social en el Hospital La Fe de Valencia desde la Unidad de Trabajo Social Hospitalario: recursos. *TSnova Trab Soc y Serv Soc*. 2014;9:49-62.
  28. Morro L. Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos. Aplicación de la escala ECISACH-BCN PSMAR. *Altern Cuad Trab Soc*. 2017;(24):137-60.
  29. Rodríguez MJ, García A, González AR, García MA. Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social. *Portularia*. 2013;XIII(1):67-76.
  30. Lázaro E. Trabajo social sanitario en unidades de convalecencia: Protocolo del programa de la planificación del alta para personas con fractura de fémur y/o con un AVC. *Agathos Atención sociosanitaria y bienestar*. 2011;4:20-30.
  31. Grupo de Trabajo Social de la Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Protocolo de atención al riesgo social en Atención Primaria de salud. 2013;
  32. Servicio Cántabro de Salud. Atención a la persona con necesidad de cuidados y a su cuidador/a. 2008.
  33. Gobierno de Cantabria, Servicio Cantabro de Salud. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. 2005.
  34. Servicio Cántabro de Salud. Ruta del paciente pluripatológico. Crónico complejo. 2018.
  35. Carrilio T. Management Information Systems. *Adm Soc Work*. 2008;29(2):43-61.
  36. Campello L. Modelo de Trabajo Social Sanitario para el sistema de salud del siglo XXI. *Trab Soc y Salud*. 2018;90:43-63.
  37. Colom D. Procedimientos, protocolos y procesos en el TSS. Desarrollo de indicadores. En: *Herramientas para la intervención*. Barcelona: FUOC; 2020.

38. Ruiz JI. Teoría y práctica de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
39. Rodríguez A. La investigación aplicada en el trabajo social sanitario. En: Investigación, desarrollo e innovación en el trabajo social sanitario. Barcelona: FUOC; 2010.
40. Aigner JM. El cuestionario el instrumento de recolección de información de la técnica de la encuesta social [Internet]. Universidad de Antioquia. 2005. Disponible en: <https://bit.ly/2AQPYhn>
41. Escartín MJ. Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional). Aguacilar. Alicante; 1992. 91 p.
42. Pérez de Ayala E. Trabajando con familias. Teoría y práctica. Certeza. Zaragoza; 1999. 235-236 p.
43. Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí LaRecerca Fichas para Investig. 2006;7.
44. Rubi C. El análisis de las necesidades y recursos desde la perspectiva del trabajo social.pdf. Serv Soc y Política Soc. 1991;21:6-18.
45. Colom D. Diagnóstico social sanitario. En: Calvo V, Colom D, Giralt E, editores. Herramientas para la intervención. Barcelona: FUOC; 2020.
46. García G. Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social. Ecos de Mary Richmond. Serv Soc y Política Soc [Internet]. 2008;83:9-38. Disponible en: <https://bit.ly/2RDHWNZ>
47. Ortiz A. Relación entre la objetividad y la subjetividad en las ciencias humanas y sociales. Rev Colomb Filos la Cienc. 2013;13(27):85-106.
48. Zamanillo T. Las relaciones de poder en las profesiones de ayuda. Una cuestión ética de primer orden. Azarbe. 2012;1:157-70.
49. Richmond M. Diagnóstico social. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales; Siglo XXI; 1917. 116 p.
50. Fombuena J. El Trabajador Social como científico. En: Del Fresno M, editor. Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social. Madrid: UNED; 2019.
51. Colom D. La planificación del alta hospitalaria. En: Calvo V, Colom D, Giralt E, editores. Herramientas para la intervención. FUOC; 2020.
52. Durán P. Aproximaciones a la epistemología del trabajo social. ¿Otras formas de

conocimiento son posibles? Rev Treb Soc. 2017;211:77-87.

53. Garces EM. Conceptualización del diagnóstico social en Trabajo Social Sanitario. Trab Soc y Salud. 2016;83:175-89.
54. De Robertis C. Metodología de la intervención en trabajo social. 1.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Lumen; 2006.
55. Villalobos J. Sistemas de información sanitaria. En: Colom D, Corbella J, Villalobos J, editores. Estructura y funcionamiento del sistema sanitario. Barcelona: FUOC; 2018.
56. Reguant M, Torrado M. El método Delphi. REIRE Rev d'Innovació i Recer en Educ [Internet]. 2016;9(1):87-102. Disponible en: <https://bit.ly/2Cnchvd>
57. Yañez R, Cuadra R. LA TECNICA DELPHI Y LA INVESTIGACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Cienc y Enferm [Internet]. 2008;XIV(1):9-15. Disponible en: <https://bit.ly/2REWWuS>

## **ANEXO I: CUESTIONARIO “ANÁLISIS DE LA HISTORIA SOCIAL SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE CANTABRIA”**

La Historia Social es uno de los principales instrumentos de documentación técnica específicos del Trabajo Social.

En nuestro contexto, la Historia Social Sanitaria puede servir como herramienta en el proceso de valoración, diagnóstico y tratamiento social, favoreciendo una mayor homogeneización en la práctica asistencial de los/as diferentes profesionales de Trabajo Social Sanitario de Atención Primaria de Salud de Cantabria.

Asimismo, la Historia Social Sanitaria tiene también un gran potencial para la investigación socioepidemiológica, la evaluación de la práctica y el desarrollo de propuestas de mejora, a través de las bases de datos generadas por este aplicativo.

Dada la importancia de esta herramienta, esta investigación pretende realizar un análisis de la misma en el ámbito de la Atención Primaria de Salud de Cantabria con el fin de obtener y generar información acerca de:

- La utilización de la herramienta y los factores que influyen en el uso desigual;
- El grado de consenso en torno a los conceptos teóricos recogidos en las variables y categorías;
- Las variables que recoge y su adaptación a diferentes tipologías de pacientes.

### **INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO**

El siguiente cuestionario consta de CUATRO apartados:

- A. Descripción de los/as expertos/as participantes en el estudio
- B. Usos de la Historia Social Sanitaria
- C. Análisis de algunas variables recogidas en la Historia Social Sanitaria
- D. Adaptación a diferentes tipologías de pacientes

Los dos primeros apartados, cuya respuesta es obligatoria para poder continuar avanzando en las preguntas del cuestionario, resultan de fácil cumplimentación para cualquiera de las/os profesionales de Trabajo Social Sanitario de Atención Primaria de Salud.

Los dos últimos apartados, sin embargo, se adaptan mejor a aquellos/as profesionales que utilizan la Historia Social Sanitaria habitualmente para su práctica clínica. Sin embargo, animo también a revisar la herramienta a quienes no la suelen utilizar habitualmente y a realizar todas aquellas aportaciones que consideren oportunas.

## **A. DESCRIPCIÓN DE LAS/OS EXPERTOS/AS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

En este apartado, se enumeran algunas preguntas para recoger datos sobre la experiencia profesional de las personas participantes.

1. Años de ejercicio profesional en Trabajo Social Sanitario

- a. Menos de 5
- b. Entre 5 y 10
- c. Más de 10

2. Años de ejercicio profesional en Atención Primaria de Salud

- a. Menos de 5
- b. Entre 5 y 10
- c. Más de 10

## **B. USOS DE LA HISTORIA SOCIAL SANITARIA**

3. ¿Utilizas habitualmente la Historia Social de APS para la recogida de datos?

- a. Sí
- b. No

4a. Si NO utilizas habitualmente la Historia Social Sanitaria para la recogida de datos, ¿cuál es el motivo?

Respuesta abierta

4b. Si NO utilizas habitualmente la Historia Social Sanitaria para la recogida de datos, ¿qué otro/s instrumento/s utilizas para la recogida de datos?

- a. Ninguno
- b. Texto libre dentro de un episodio
- c. Herramienta "Intervención Social"
- d. Herramienta "Trabajo Social con pacientes inmovilizados"
- e. Otro: \_\_\_\_\_

4c. Si utilizas habitualmente la Historia Social Sanitaria para la recogida de datos, puntúa tu grado de acuerdo en relación con las siguientes afirmaciones. (Totalmente de acuerdo, Bastante de acuerdo, Poco de acuerdo, Nada de acuerdo)

- a. Favorece la realización de la valoración social

- b. Favorece la elección de la intervención a desarrollar
- c. Promueve la continuidad asistencial
- d. Contribuye a la visibilidad del Trabajo Social Sanitario dentro del SCS
- e. Contribuye a la investigación en Trabajo Social Sanitario
- f. Contribuye a la mejora de la gestión del Trabajo Social Sanitario
- g. Promueve la mejora de la gestión del Sistema Sanitario

5. ¿Cuándo abres/generas la Historia Social de un/a paciente? (Marca todas las opciones que consideres oportunas)

- a. Siempre que atiendo a alguien
- b. Cuando existen indicadores de riesgo social asociados
- c. Según la patología que presente
- d. Cuando va a ser necesario un tratamiento social más allá de esa primera consulta
- e. Otro: \_\_\_\_\_

6. Cuando pasado un tiempo, vuelves a atender a un/a paciente que ya había tenido alta social, ¿qué procedimiento consideras más adecuado en relación con la Historia Social?

- a. Volver a abrir una nueva Historia Social y cumplimentar todos los datos
- b. Volver a abrir una nueva Historia Social y recoger sólo los datos sociales que han experimentado algún cambio
- c. Introducir los cambios en la Historia Social ya abierta
- d. Introducir los datos de la nueva intervención a través de otros procedimientos y herramientas: intervención social, texto libre dentro de un episodio...
- e. Otro: \_\_\_\_\_

7. En un análisis previo de algunas de las variables de la Historia Social, se comprobó que el porcentaje de cumplimentación de las mismas, entre los años 2012 y 2013, se encontraba entre el 24,3% y el 60,6%. ¿Qué criterios utilizas para seleccionar las variables a cumplimentar?

- a. Cumplimento todas las variables de la Historia Social
- b. Utilidad para la valoración social
- c. Grado de conocimiento teórico de la variable
- d. Tiempo disponible para cumplimentar la Historia Social
- e. Otro

## **C. ANÁLISIS DE ALGUNAS VARIABLES RECOGIDAS EN LA HISTORIA SOCIAL SANITARIA**

La ausencia de una definición operativa de las variables y conceptos que aparecen recogidos en la Historia Social Sanitaria de Atención Primaria de Salud puede generar diferencias interpretativas entre los/as profesionales que utilizan la herramienta.

Este fenómeno reduce a su vez su fiabilidad como herramienta de recogida de datos para la investigación epidemiológica.

A continuación, se recogen varias preguntas relacionadas con aquellos conceptos sobre los que no existe un claro consenso a nivel teórico dentro de la disciplina de Trabajo Social Sanitario, los que puedan dar lugar a confusión por diversos motivos o los que no estén recogidos previamente en otros protocolos de Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud de Cantabria.

8. En relación con la variable DIFICULTAD PARA ATENDER NECESIDADES, ¿cómo interpretas el concepto de NECESIDAD según la clasificación de Bradshaw (Rubí, 1991)?

a. NECESIDAD EXPRESADA O DEMANDA (la necesidad sentida puesta en acción mediante una solicitud o servicio)

b. NECESIDAD NORMATIVA (aquello que el/la experto o profesional percibe como necesidad en una situación determinada)

9. En relación con la variable DIFICULTAD PARA ATENDER NECESIDADES, ¿qué indicadores o criterios utilizas para responder afirmativamente?

10. En relación con la variable SITUACIONES DE CONFLICTO, ¿qué criterios consideras que hay que tener en cuenta para responder afirmativamente?

11. ¿Cuál es tu grado de acuerdo con las siguientes definiciones de CONFLICTO FAMILIAR? (1. Totalmente de acuerdo; 2. Bastante de acuerdo; 3. Poco de acuerdo; 4. Nada de acuerdo)

a. Situaciones en las que "se producen disfunciones en la dinámica familiar o cuando la familia se enfrenta con obstáculos derivados de falta de recursos en el medio" (Escartin, 1992)

b. Conflicto familiar = Familias sintomáticas o familias-problema: "aquellas en que la comunicación intrafamiliar se realiza en un lenguaje traducido en síntomas, no hay mensajes verbales, en la medida que esto es lo sano y deseable, sino que por el contrario hay «juego manipulativo», mediante la utilización de emociones provocadas por la presentación de síntomas creados por la familia y mantenidos de forma persistente" (Escartin, 1992)

c. Conflicto familiar = Familia problema: “aquella que es en sí misma el verdadero conflicto para el paciente y que bloquea las situaciones de tratamiento y recuperación, provocando a su vez disfunciones entre sus miembros. (En contraposición con la familia colaboradora, aquella que por su buena disposición, por su capacidad sistémica y dinámica, desarrolla una gran energía para la recuperación de la salud del núcleo. (Pérez de Ayala, 1999)

12. Dentro del campo SITUACIONES DE CONFLICTO se recogen también varias categorías que se corresponden con la variable “tipología de conflicto” (Abandono; Marginación; Explotación; Represión; Hostilidad y/o rechazo mutuo). ¿Consideras que esta clasificación cubre la variedad de conflictos intrafamiliares con los que nos encontramos en la práctica clínica?

- a. Sí
- b. No

12a. ¿Cuál es el motivo por el que consideras que esta clasificación NO se adecua a la variedad de conflictos intrafamiliares con los que nos encontramos en la práctica clínica?

13. ¿Qué criterios utilizas para señalar como adecuada o inadecuada la RED DE APOYO FAMILIAR?

14. La variable HISTORIA (FAMILIAR) es un campo abierto en el que se puede recoger información relativa a la historia familiar y personal que influya en el manejo del proceso salud-enfermedad del/la paciente. Asimismo, ante la ausencia de un genograma, es el espacio donde podemos recoger algunos datos que se suelen recopilar con esta herramienta. ¿Qué tipo de contenidos consideras que se deben incluir en este campo para la realización del diagnóstico social sanitario?

15. La variable DINÁMICA (FAMILIAR) es un campo abierto en el que se recoge información relativa al funcionamiento familiar. ¿Qué indicadores consideras que deben recogerse en este campo que faciliten la valoración y el diagnóstico social sanitario?

16. La variable PRESUPUESTO recoge dos categorías, suficiente e insuficiente, ¿qué criterio consideras más adecuado para realizar esta clasificación (objetividad/subjetividad, criterio comparativo...)?

17. La variable "¿RECIBE LOS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE NECESITA?" implica una valoración de necesidad, ¿sobre qué criterios consideras que debe estar basado este juicio de valor?

18. La variable "¿RECIBE UNA ATENCIÓN SUFICIENTE DE SU CUIDADOR NO PROFESIONAL?" implica un juicio de valor, ¿sobre qué criterios consideras que se debe realizar esta valoración?

19. La variable CONDUCTA puede resultar de utilidad para valorar la disposición del paciente ante el cambio y el autocuidado. Esta variable recoge como categorías de respuesta AGRESIVA, APÁTICA, ASERTIVA, OTRAS. ¿Consideras esta clasificación suficiente para diagnosticar las reacciones conductuales de los/as pacientes atendidos/as?

- a. Sí
- b. No

19a. ¿Cuáles son los motivos por los que esta clasificación de reacciones conductuales NO te parece suficiente?

20. La variable SENTIMIENTO presenta varias categorías de respuesta (Aceptación, Soledad, Desvalorización, Abandono, Miedo, Otros), que identifican aspectos relacionados con el malestar psicosocial y determinan la necesidad de realizar o no una intervención de apoyo psicosocial, ¿consideras suficiente esta tipología de reacciones emocionales?

- a. Sí
- b. No

20a. ¿Cuáles son las razones por las que NO consideras suficiente esta clasificación de reacciones emocionales?

21. La variable IMAGEN CORPORAL, que recoge como categorías de respuesta ACEPTACIÓN, VALORACIÓN, RECHAZO, OTRAS, resulta de utilidad para valorar los aspectos a tratar en la intervención psicosocial, ¿te parece esta categorización de utilidad para la práctica profesional en Atención Primaria de Salud?

- a. Sí
- b. No

21a. ¿Cuáles son los motivos por los que NO consideras de utilidad la clasificación de autoimagen corporal existente en la Historia Social Sanitaria?

22. La variable AUTOESTIMA, que recoge como categorías de respuesta ALTA, MEDIA, BAJA, resulta de utilidad para valorar los aspectos a tratar en la intervención psicosocial, ¿consideras de utilidad esta categorización de la variable AUTOESTIMA para la valoración y diagnóstico social sanitario?

- a. Sí
- b. No

22a. ¿Cuáles son las razones por las que NO consideras de utilidad la clasificación de la variable AUTOESTIMA?

23. En el campo abierto OBSERVACIONES de la pestaña INCIDENCIA, ¿qué aspectos consideras necesarios introducir para realizar el diagnóstico social sanitario u orientar la intervención social?

24. En el campo abierto INCIDENCIA LABORAL/ESCOLAR/OCIO – RELACIÓN CON EL ENTORNO, ¿qué información consideras de interés para el diagnóstico y tratamiento social sanitario? Selecciona todos los que correspondan.

- a. Historial educativo: estudios realizados, dificultades en escolarización/formación...
- b. Historial laboral: empleos realizados, años cotizados, dificultades laborales por problemas de salud u otros...
- c. Ocupación del tiempo de ocio: actividades culturales, artísticas, deportivas que realiza, voluntariado, espiritual...
- d. Relación con el entorno: recursos dispositivos formativos, laborales, culturales, deportivos... con los que mantiene contacto
- e. Otro

25. La variable USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE presenta dos categorías de respuesta SÍ/NO, ¿cuál te parece el criterio adecuado para valorar este aspecto?

26. En la variable ADECUACIÓN DEL ENTORNO, ¿qué criterios utilizas para indicar si este es adecuado o no?

27. El campo RIESGO SOCIAL presenta dos variables, existencia o no de riesgo social, y diferentes tipologías de riesgo social (Deficiente soporte familiar; Familia con capacidad limitada de apoyo; Claudicación familiar; Escasa integración familiar; Aislamiento social; Precariedad en las condiciones de vida). ¿Consideras suficiente esta clasificación para las

situaciones de riesgo social sobre las que se interviene desde la consulta de Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria?

- a. Sí
- b. No

27a. ¿Cuáles son las razones por las que consideras que esta clasificación de situaciones de riesgo social NO es suficiente?

28. La variable PLAN (DE INTERVENCIÓN SOCIAL SANITARIA) recoge múltiples categorías. Valora el grado de adecuación de las mismas con el tipo de intervenciones sociales que se utilizan en los planes de tratamiento social sanitario en APS. (Absolutamente adecuado, Bastante adecuado, Poco adecuado, Nada adecuado)

- a. Información de derechos, prestaciones, recursos y servicios Orientación de recurso o servicio adecuado
- b. Orientación solicitud de prestación económica
- c. Solicitud mejora dotación vivienda
- d. Solicitud prestación económica vivienda
- e. Medidas urgentes vivienda
- f. Recurso sociosanitario
- g. Recursos comunitarios
- h. Asesoramiento sobre pautas de atención
- i. Medidas de control y seguridad vivienda
- j. Soporte / apoyo psicosocial
- k. Motivación / concienciación
- l. Intervención en crisis
- m. Coordinación o interconsulta con instituciones, entidades o servicios

#### **D. ADAPTACIÓN A DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE PACIENTES**

Este apartado está orientado a valorar la adaptación de la Historia Social Sanitaria de Atención Primaria de Salud a distintas tipologías de riesgo social. Esta información permitirá orientar las propuestas de mejora de la herramienta de cara al futuro. Escala de 1 a 5, siendo 1 la menor adaptación de la herramienta y 5 la mayor adaptación de la herramienta

- 29. Violencia de género
- 30. Desprotección infantil
- 31. Persona cuidadora no profesional de un/a familiar dependiente
- 32. Anciano/a de riesgo
- 33. Dificultades de inserción laboral como consecuencia de problemática de

Salud

34. Enfermedad mental grave

35. Paciente pluripatológico/a

36. Crisis adaptativas (previsibles o imprevisibles)

37. Migración

38. Persona en situación de discapacidad y/o dependencia

39. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS EN RELACIÓN CON LA HISTORIA SOCIAL  
SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE CANTABRIA