

# Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud

---



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia

Edita: JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia  
*Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud*

Depósito Legal: BA-???-2007

I.S.B.N.: 978-84-95872-29-6

Imprime: Indugrafic, Artes Gráficas

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>Relación de autoras</b> .....	<b>7</b>
<b>Marco legal</b> .....	<b>9</b>
<b>Desarrollo conceptual y características del trabajo social en atención primaria de salud</b> .....	<b>11</b>
Funcionamiento .....	13
Atención social a demanda .....	13
Atención social por programas .....	16
Coordinación intra e interinstitucional .....	26
Educación sanitaria .....	28
Docencia y formación continuada .....	32
Investigación .....	34
Estructura .....	37
Organigrama .....	37
Criterios organizativos .....	37
Distribución de tiempos .....	39
Criterios funcionales .....	39
Ubicación, diseño y equipamiento .....	41
Bibliografía .....	43
<b>Anexos</b> .....	<b>47</b>
Anexo 1. El Trabajo Social Sanitario .....	49
Aproximación histórica .....	49
Trabajo Social.....	51
Trabajo Social Sanitario .....	52
Funciones del Trabajo Social Sanitario.....	53

Anexo 2. Metodología de Trabajo Social .....	57
Anexo 3. Criterios de derivación para la atención social .....	61
Anexo 4. Gestión compartida de casos .....	69
Anexo 5. Instrumentos de valoración social a pacientes inmovilizados .....	73
Anexo 5.1. Índice de Barthel .....	87
Anexo 5.2. Índice de Lawton y Brondy .....	89
Anexo 5.3. Cuestionario Portátil del Estado Mental Pfeiffer .....	91
Anexo 5.4. Geograma y el Mapa de Relaciones Familiares .....	93
Anexo 5.5. Clasificación adaptada de Carter y McGoldrick (erv) .....	97
Anexo 5.6. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes .....	99
Anexo 5.7. Guión estudio de la situación global del cuidador principal ....	103
Anexo 5.8. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit .....	105
Anexo 5.9. Distribución de las actividades y responsabilidades de cuidado .....	109
Anexo 5.10. Cuestionario Apgar Familiar de Smilkstein .....	111
Anexo 5.11. Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social .....	113
Anexo 5.12. Guión entrevista cuidados formales (utilización de recursos sociales) ...	117
Anexo 5.13. Guión para el estudio del habitat .....	119

# Introducción

En noviembre de 2005 en reunión del Consejo de Gestión del Servicio Extremeño de Salud se presenta por parte de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud el informe “El Trabajo Social en el Servicio Extremeño de Salud” en el que se analiza la situación de este colectivo en la Atención Primaria de Salud y en la Atención Especializada, a la vez que una propuesta global de mejora. Entre las medidas contempladas se incluye: “impulsar un modelo organizativo para el TS que garantice la homogeneidad de funcionamiento y metodológica”. Concretamente a través de la elaboración de un documento sobre *Organización y Funcionamiento de Trabajo Social Sanitario*

En cumplimiento de ese acuerdo del Consejo de Gestión se presenta este documento sobre la organización y ordenación del contenido del Trabajo Social Sanitario con el objetivo además de profundizar en el desarrollo de TS en coherencia con las líneas estratégicas de la propia APS.

El documento que sigue consta de varias partes diferenciadas. En un primer momento se presenta la definición y organización funcional del trabajo social en Atención Primaria de Salud y su aportación al conjunto los servicios y prestaciones que ofrece este nivel asistencial al conjunto de la población a través de la Cartera de Servicios. En segundo lugar se expone la organización administrativa y finalmente se detallan a modo de anexos distintos documentos que contextualizan desde el punto de vista ideológico y legal al Trabajo Social Sanitario. Se aporta, además, una enumeración detallada de las competencias del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud y algunos documentos de carácter técnico sobre criterios de derivación y aspectos metodológicos, de especial interés para los profesionales.

Para la elaboración de este trabajo se ha contado con la reflexión, análisis y práctica de profesionales del sistema sanitario público extremeño con más de 18 años de experiencia profesional.



# Relación de Autoras

## RELACIÓN DE AUTORAS:

- ESTHER GONZÁLEZ BORNAY Centro de Salud de Campanario. Área de Salud de Don Benito- Villanueva de la Serena
- ANTONIA GUIADO Centro de Salud “Urbano I” de Mérida. Área de Salud de Mérida
- PILAR MARTÍN PARRA Centros de Salud de Miajadas y Alcuéscar. Área de Salud de Cáceres
- M<sup>a</sup> ÁNGELES RODRÍGUEZ LOZANO Dirección General de Atención Socio-sanitaria y Salud. SES

## COORDINACIÓN:

- M<sup>a</sup> ANGELES RODRÍGUEZ LOZANO. Responsable de Trabajo Social en Atención Sociosanitaria. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

## RELACIÓN DE AUTORAS DE LA SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN SOCIAL A PACIENTES INMOVILIZADOS

- PILAR GONZALEZ CAMACHO Centro de Salud Zafra II. Gerencia de Área de Llerena-Zafra
- ANTONIA GUISTADO TENA Centro de Salud. “Urbano I” Mérida. Área de Mérida
- ROSARIO HORNERO MESA Centro de Salud “San Fernando” Badajoz. Área de Mérida
- TERESA JARAIZ CASTUERA Centro de Salud “Urbano II”. Mérida. Área de Mérida
- MARIA ANTONIA MARTÍN MARTÍN Responsable de Área de Atención al Usuario. Área de Navalmoral de la Mata
- MARIA LUISA PEREZ MUÑOZ Centro de Salud Fregenal de la Sierra. Gerencia de Área de Llerena-Zafra
- CARMEN PINEDO Centro de Salud de Almendralejo. Área de Mérida
- M<sup>a</sup> ÁNGELES RODRÍGUEZ LOZANO Responsable trabajo social de atención sociosanitaria. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del Servicio Extremeño de Salud
- ISABEL SÁNCHEZ GARCIA Centro de Salud de Llerena. Gerencia de Área de Llerena-Zafra
- CECILIA SANTANDER BARRERO Centro de Salud. “Urbano III” Mérida. Área de Mérida
- MARIA ZAPATA CARRASCO Centro de Salud Zafra I. Gerencia de Área de Llerena-Zafra



## Marco Legal

- Circular 28/1977. Mº de Sanidad y Seguridad Social
- Real Decreto 137/84, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud
- Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril
- Decreto 3/87, de 27 de enero de la Consejería de Sanidad y Consumo, por el que se regulan y definen las estructuras de Atención Primaria en Extremadura.
- Orden de 4 de marzo de 1988 por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los EAPs de Extremadura
- Programa de Trabajo Social de la Subdirección General de Atención Primaria
- Real Decreto 63/95, por el que se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- Decreto 67/1996, de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de
- D. T. S.
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de Extremadura.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.



# Desarrollo conceptual y características del trabajo social en atención primaria de salud

Se indica en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que “La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social”. Comprende entre otras, “actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria”; “atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos” (Art.12 )

En coherencia con el marco ideológico y normativo del Sistema Nacional de Salud y, lógicamente, del Sistema Extremeño de Salud, cada Equipo de Atención Primaria de Salud contará con Unidad de Trabajo Social, que estará funcionalmente integrada en el mismo. Deben establecerse los mecanismos oportunos de coordinación y colaboración entre los miembros del equipo para garantizar la atención integral del paciente, la familia, grupo o comunidad y conseguir una mayor calidad de la atención sanitaria.

Los profesionales de esta Unidad serán diplomados en Trabajo Social por las Escuelas Universitarias de cualquier Universidad Española o de la UE que permita convalidar el título y con la correspondiente inscripción en el Colegio Profesional Oficial de su lugar de trabajo.

La Unidad de Trabajo Social atenderá a toda la población adscrita al a Zona Básica de Salud, especialmente aquella que presenten riesgo social o problemática social instaurada. Desarrollará una atención directa o asistencial y una atención programada con la metodología de factores de riesgo, por lo que su intervención va desde la detección del riesgo social hasta la finalización y/o derivación de la problemática.

El eje de la atención será la persona, la familia, y la comunidad.



# Funcionamiento

Para el cumplimiento de las funciones asignadas y el desarrollo de actividades correspondientes, los trabajadores sociales de la red de atención primaria de salud tendrán una organización funcional y metodología de trabajo en coherencia con la de los equipos de referencia.

Seguidamente, se indica la organización diaria del trabajo:

## 1. ATENCIÓN SOCIAL A DEMANDA

### DEFINICIÓN:

Consulta de atención social en la que se atenderán las demandas específicas de aquellos pacientes que lo soliciten a petición propia o derivados por otros profesionales y que, inicialmente, al menos, no estén incluidos en un programa de salud.

La consulta a demanda tendrá establecida una banda horaria específica, que habitualmente no debe superar las dos horas de la actividad asistencial diaria. El acceso a esta consulta se realizará por el sistema de citación previa, gestionada por el personal administrativo del centro de salud.

El acceso a la citación será:

- iniciativa del paciente o familia
- derivación del equipo de atención primaria conforme a criterios establecidos y consensuados (Anexo 3.1)
- derivación de:
  - hospitales
  - SSB
  - servicios sociales especializados
  - otros

### POBLACIÓN DIANA:

Toda la población adscrita a la Zona Básica de Salud que presenten riesgo o problemática social.

### OBJETIVOS:

- Atender la problemática social presentada mediante el estudio y tratamiento de los factores sociofamiliares que condicionan la salud individual y familiar.
- Identificar los factores psicosociales y los condicionantes socioeconómicos y culturales influyentes en el proceso de salud-enfermedad del individuo y familia
- Ofrecer información y asesoramiento sobre los recursos sanitarios y sociales existentes y su correcto uso, a la vez que facilitar el acceso a los mismos a los pacientes.
- Promover la toma de conciencia de los pacientes sobre su autoresponsabilidad en su salud, así como ayudarlo a tomar decisiones para la solución de sus problemas, posibilitando el desarrollo de su autonomía personal

### ACTIVIDADES:

- Estudio, investigación y exploración de los factores sociofamiliares que condicionan el proceso de enfermedad.
- Orientación, apoyo y asesoramiento al paciente y su familia
- Información sobre sus derechos y deberes con relación a su salud
- Información y tramitación de prestaciones y recursos sanitarios y sociales
- Colaboración con el resto de los profesionales en la detección de factores de riesgo, analizando los factores sociales que inciden en el proceso de salud.
- Potenciación de los recursos personales del paciente y su familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de sus problemas.
- Coordinación con los distintos servicios y niveles asistenciales sanitarios y sociales.
- Cumplimentación de los registros pertinentes
- Todo ello, mediante la realización de entrevistas, visitas domiciliarias.

## METODOLOGÍA:

El proceso metodológico específico del Trabajo Social, que implica:

- Estudio sociofamiliar
- Diagnóstico social
- Plan de intervención social
- Evaluación y seguimiento

## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La consulta a demanda implica el desarrollo de una **entrevista semiestructurada** en torno a la demanda planteada o motivo de consulta.

## REGISTRO

- Ficha social o de identificación
- Hoja de evolución
- Historia social, si procede.

Todos ellos incluidos en la Historia Clínica del paciente

## CRITERIO DE CALIDAD

Todo paciente atendido en la consulta a demanda tendrá, al menos, abierta Ficha de identificación y registro en la Hoja de Evolución del paciente, incluida en la Historia Clínica. El registro en la Hoja de Evolución se hará siguiendo la terminología S.O.A.P.

- S, motivo de consulta: necesidad expresada por la persona / familia que acude a la consulta
- O, valoración social: resultado del estudio de la situación y del análisis de la demanda manifiesta y latente
- A, diagnóstico social: síntesis de la situación-problema que sirve de referencia para la elaboración de un programa de acción
- P, plan de intervención: el tratamiento con objetivos y actividades a desarrollar.

La cobertura de la consulta a demanda se establecerá en función de la población atendida por el trabajador social, recogiendo en el registro mensual de actividades, al menos:

- % de usuarios atendidos en consulta a demanda del total de atendidos
- % de usuarios atendidos en visita domiciliaria no programada del total de visitas domiciliarias.

## 2. ATENCIÓN SOCIAL POR PROGRAMAS

### DEFINICIÓN

Supone una intervención social sistematizada y protocolizada, integrada en los programas de salud. Igualmente se desarrolla en una banda horaria específica y la agenda es gestionada directamente por el TS

### POBLACIÓN DIANA

Conjunto de personas incluidas en los programas de salud y que presenten riesgo de problemática social o problemática social instaurada valorada según criterios o instrumento específico para la detección de riesgo social.

El Trabajo Social como disciplina que aborda la dimensión social en los procesos de salud, tiene contenido en los distintos programas de salud que se establezcan desde el sistema sanitario; sin embargo, ateniéndonos a criterios de factibilidad y eficiencia la intervención social programada se realizará **prioritariamente**:

- programa de atención al Niño
- programa de atención a la Mujer:
- programa de atención al Adulto:
  - VIH
  - atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
  - atención a pacientes terminales
  - Otros: enfermos mentales, procesos adictivos, inmigrantes,
- programa de atención al Anciano
- sin exclusión de otros de nueva incorporación:
  - atención al adolescentes
  - atención a la familia
  - atención al cuidador o otros

### OBJETIVOS

- Participar en las actividades de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción social establecidas en los programas de salud, aportando la dimensión social y comunitaria al EAP.
- Colaborar en el estudio y tratamiento de los factores psicosociales que condicionan la salud individual, grupal y comunitaria, captando y valorando los factores, situaciones y grupos de riesgo.



- Atender la problemática psicosocial de los pacientes incluidos en programas mediante un tratamiento social continuado e integrado en el plan de intervención del equipo.
- Apoyar las actividades sanitarias en el seguimiento de enfermos especialmente cuando existen dificultades para realizar el tratamiento y no se logren los efectos esperados.

## ACTIVIDADES

- Colaboración con el resto de los profesionales en la detección de personas y familias de riesgo, analizando los factores sociales que inciden en el proceso de salud
- Atender la problemática psicosocial de la persona o familia incluida en el programa de salud mediante un tratamiento social continuado e integrado en el plan general de la unidad básica asistencial de referencia.
- Cumplimentación de los registros que se establezcan.
- Orientación, apoyo y asesoramiento al paciente y su familia
- Información sobre sus derechos y deberes con relación a su salud
- Información y tramitación de prestaciones y recursos sanitarios y sociales
- Potenciación de los recursos personales del paciente y su familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de sus problemas.
- Coordinación con los distintos servicios y niveles asistenciales sanitarios y sociales.
- Cumplimentación de los registros que se establezcan.
- Evaluación junto con el resto del equipo de los resultados obtenidos a nivel general y en la atención individual-familiar.

## ORGANIZACIÓN

De forma genérica al TS se derivarán aquellos pacientes y familias en las que se detecte problemática social o riesgo social, según cribaje previo que realizarán las unidades básicas asistenciales conforme a criterios e instrumento específicamente establecido para ello.

En el momento de la derivación el trabajador social establecerá la cita en la agenda y banda horaria establecida para este tipo de consulta.

### **METODOLOGÍA:**

La atención social programada se desarrolla con la aplicación del proceso metodológico de trabajo social. Anexo 1

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:**

La intervención programada supone un proceso de intervención que requiere el empleo de entrevistas semiestructuradas en torno a los aspectos, en primer lugar, a abordar.

### **REGISTRO**

- Historia social
- Instrumentos específicos por programa
- Ficha social o de identificación
- Hoja de evolución

Todos ellos incluidos en la Historia Clínica del paciente

### **CRITERIOS DE CALIDAD**

Todo paciente atendido en la consulta programada tendrá:

- Abierta Historia Social y registro en la Hoja de Evolución del paciente.
- Registro de los resultados de los instrumentos específicos de evaluación establecidos en cada programa.

La cobertura de la consulta programada se establecerá en función de la población derivada al trabajador social.

La actividad derivada de la consulta programada se recogerá en el registro mensual de actividades.

Seguidamente se exponen los criterios de calidad para los programas prioritarios:

## ATENCIÓN AL NIÑO:

### COBERTURA:

Nº total de niños atendidos por trabajador social / nº total de niños con riesgo social detectado en la consulta pediatría \* 100

### CALIDAD:

Toda historia social contendrá evaluado y valorado, al menos:

#### SITUACIÓN FAMILIAR:

- Composición de la unidad de convivencia
- Genograma
- Etapa evolutiva: del niño y de la familia
- Acontecimientos Vitales Estresantes

#### SITUACIÓN SANITARIA:

- Problemas de salud del enfermo y de su familia
- Discapacidades del enfermo y de su familia

#### SITUACIÓN EDUCATIVA:

- Escolarización (centro y tutor de referencia)
- Absentismo
- Dificultades en el proceso de adaptación y aprendizaje

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, SI PROCEDE:

- Ingresos de los miembros de la unidad de convivencia.
- Renta per capita
- Origen de los ingresos
- Vivencia subjetiva de su situación económica

#### VIVIENDA, SI PROCEDE:

- Superficie, nº de habitaciones (hacinamiento)
- Equipamientos
- Condiciones de habitabilidad e higiene

## PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

## ATENCIÓN A LA MUJER:

### COBERTURA:

$\text{N}^\circ \text{ total de mujeres incluidas en programa y atendidos por trabajador social} / \text{n}^\circ \text{ total de mujeres incluidas en programa con riesgo social detectado en la consulta} * 100$

### CALIDAD:

Toda historia social contendrá evaluado y valorado, al menos:

#### SITUACIÓN FAMILIAR:

- Composición de la unidad de convivencia
- Genograma y mapa de relaciones

#### RED DE APOYO:

- Extensión / tamaño
- Tipología
- Personas de especial referencia
- Otras relaciones

#### SITUACIÓN SOCIO-LABORAL, SI PROCEDE:

- Nivel de instrucción
- Profesión habitual
- Ocupación
- Formación complementaria

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, SI PROCEDE:

- Ingresos propios Ingresos unidad de convivencia
- Vivencia subjetiva de la situación económica
- Posibilidades de acceso directo al dinero de la unidad convivencial

#### SITUACIÓN SANITARIA:

- Cobertura sanitaria
- Problemas de salud
- Discapacidades

#### PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

## ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH:

### COBERTURA:

100% del total de pacientes VIH atendidos por el EAP

### CALIDAD:

Toda historia social contendrá evaluado y valorado, al menos:

#### SITUACIÓN FAMILIAR:

- Composición de la unidad de convivencia
- Genograma

#### RED DE APOYO:

- Cuidador principal / potencial
- Cuidados formales: públicos y privados (solicitados y concedidos)

#### SITUACIÓN SANITARIA:

- Cobertura sanitaria
- Problemas de salud (incluidas adicciones)
- Discapacidades
- Grado de información y actitud ante la enfermedad del paciente y de familia

#### SITUACIÓN SOCIO-LABORAL, SI PROCEDE:

- Nivel de instrucción
- Profesión habitual
- Ocupación
- Formación complementaria

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, SI PROCEDE:

- Ingresos propios
- Ingresos unidad de convivencia
- Vivencia subjetiva de la situación económica

#### VIVIENDA, SI PROCEDE:

- Disponibilidad de vivienda
- Características (higiene y habitabilidad)

#### PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

## ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS:

### COBERTURA:

Nº total de pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atendidos por trabajador social / nº total de pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados con riesgo social detectado \* 100

### CALIDAD:

Toda historia social contendrá evaluado y valorado, al menos:

#### SITUACIÓN FAMILIAR:

- Composición de la unidad de convivencia
- Genograma

#### RED DE APOYO:

- Cuidador principal
- Cuidador secundario
- Cuidados formales: públicos y privados (solicitados y concedidos)
- Organización de los cuidados (distribución de actividades y responsabilidades).

#### SITUACIÓN SANITARIA:

- Cobertura sanitaria
- Problemas de salud
- Discapacidades // autonomía
- Necesidad de cuidados sanitarios

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, SI PROCEDE:

- Ingresos propios
- Ingresos unidad de convivencia
- Gastos derivados de los cuidados
- Vivencia subjetiva de la situación económica

#### RELACIONES CON EL ENTORNO, SI PROCEDE:

- Visitas recibidas

## VIVIENDA

- Habitabilidad
- Equipamiento
- Barreras arquitectónicas: en el acceso a la vivienda, dentro de la vivienda, adaptaciones.

## PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

## ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES:

### COBERTURA:

100% del total de pacientes terminales atendidos por el EAP

### CALIDAD:

Toda historia social contendrá evaluado y valorado, al menos:

#### SITUACIÓN FAMILIAR:

- Composición de la unidad de convivencia
- Genograma

#### RED DE APOYO:

- Cuidador principal
- Cuidador secundario Cuidados formales: públicos y privados (solicitados y concedidos)
- Organización de los cuidados (distribución de actividades y responsabilidades).

#### SITUACIÓN SANITARIA:

- Cobertura sanitaria
- Problemas de salud
- Discapacidades // autonomía
- Necesidad de cuidados sanitarios

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, SI PROCEDE:

- Ingresos propios
- Ingresos unidad de convivencia
- Gastos derivados de los cuidados
- Vivencia subjetiva de la situación económica

#### VIVIENDA

- Habitabilidad
- Equipamiento
- Barreras arquitectónicas: en el acceso a la vivienda, dentro de la vivienda, adaptaciones.

#### PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL



## ATENCIÓN AL ANCIANO:

### COBERTURA:

Nº total de pacientes incluidos en programa de atención al anciano y atendidos por trabajador social / nº total de pacientes incluidos en programa de atención al anciano con riesgo de problemática social.

### CALIDAD:

Toda historia social contendrá evaluado y valorado, al menos:

#### SITUACIÓN FAMILIAR:

- Composición de la unidad de convivencia
- Cambios de domicilio y residencia habitual
- Genograma

#### RED DE APOYO:

- Cuidador principal potencial
- Cuidados formales: públicos y privados (solicitados y concedidos)

#### SITUACIÓN SANITARIA:

- Cobertura sanitaria
- Problemas de salud
- Discapacidades // Autonomía
- Necesidad de cuidados sanitarios

#### RELACIONES CON EL ENTORNO:

- Aficiones y ocio
- Participación en actividades en su entorno (formales y no formales, especialmente en asociaciones de afectados)
- Visitas recibidas

#### VIVIENDA

- Habitabilidad Equipamiento Barreras arquitectónicas: en el acceso a la vivienda, dentro de la vivienda, adaptaciones.

#### SITUACIÓN ECONÓMICA, SI PROCEDE:

- Ingresos propios
- Ingresos unidad de convivencia
- Vivencia subjetiva de la situación económica

#### PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN SOCIAL

### 3. COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL

#### DEFINICIÓN

El trabajador social sanitario, especialmente en lo referido a la coordinación sociosanitaria y a la participación comunitaria, tiene un papel destacado como puente entre el resto del Equipo de Atención Primaria de Salud y la Comunidad.

Es importante este papel también de cara a optimizar los recursos y para el desarrollo de las actuaciones planteadas en el plan general de tratamiento en función de la situación y problemática social de la población.

#### POBLACIÓN DIANA

Toda la población atendida por el trabajador social del equipo de atención primaria de salud. Esta coordinación estará especialmente protocolizada para la atención a personas en situación o riesgo de dependencia y con riesgo social o problemática social

#### OBJETIVOS

- Impulsar y participar activamente en las actividades de coordinación interna entre los miembros del equipo de Atención Primaria de Salud, aportando la dimensión social y comunitaria al propio equipo.
- Participar activamente en la coordinación entre los distintos niveles y dispositivos de la red sanitaria garantizando la continuidad en la atención de los aspectos sociales dentro del sistema sanitario.
- Participar y colaborar en las actividades de coordinación con los Servicios Sociales, especialmente, con los Servicios Sociales de Base a través de las Comisiones Sociosanitarias Comunitarias, garantizando el acceso a los recursos por parte de la población y la optimización de estos.

#### ACTIVIDADES

- Información a los profesionales del equipo sobre los recursos sociales y socio-sanitarios públicos y privados y su adecuada utilización
- Establecimiento de canales de interconsulta permanente con el Equipo de Atención Primaria y con trabajadores sociales de otros niveles asistenciales sanitarios
- Participación en las reuniones periódicas de coordinación y evaluación del equipo

- Participación en las reuniones y actividades de la Comisión Sociosanitaria Comunitaria.
- Establecimiento de protocolos de actuación y derivación con instituciones, profesionales y asociaciones de la Zona Básica de Salud para la atención de situaciones no abordables desde la Comisión Sociosanitaria Comunitaria.

## METODOLOGÍA

*La gestión compartida de casos*, que permite prestar una atención integral y garantizar la continuidad de atención al articular el abordaje conjunto y coordinado entre profesionales.

El proceso de coordinación implica dos aspectos fundamentales:

- definir un proceso de atención coordinado en el que exista una delimitación de responsabilidades tanto para cada profesional como para cada sistema de atención (social y sanitario)
- contar un profesional de referencia que facilite el propio proceso de coordinación interprofesional e interinstitucional, especialmente con servicios sociales.

*El trabajador social sanitario* es un elemento dentro del equipo de Atención Primaria de Salud clave para desarrollar esta función *coordinadora y de profesional de contacto*, especialmente en aquellas situaciones que requieren la intervención del sistema de servicios sociales.

## REGISTRO

- Todos los establecidos en los protocolos de colaboración y derivación;
- Los derivados del funcionamiento de las Comisiones Sociosanitarias Comunitarias;
- Los derivados de la gestión compartida de casos.

## 4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

### DEFINICIÓN

La OMS habla de Educación para la Salud (EpS) como el conjunto de actividades encaminadas a aumentar la capacidad de los individuos y la comunidad para participar en la acción sanitaria y la autorresponsabilidad en materia de salud y plantea la necesidad de la EpS como herramienta para afrontar los principales problemas de salud y los nuevos retos sociosanitarios.

La EpS es un instrumento fundamental para facilitar cambios, capacitar, implicar y responsabilizar al tejido social como agente de su propia salud, potenciando su participación en la búsqueda conjunta de soluciones y a través del desarrollo del trabajo interdisciplinar.

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 propugna que la EpS sea un instrumento de promoción de la salud que ayude al individuo y a la comunidad a responsabilizarse de su propia salud; sea una actividad participativa y multidisciplinar; logre que nuestro entorno se centre en hábitos y estilos de vida sanos; y aumente, en definitiva, los comportamientos favorables a la salud en nuestra sociedad.

Trabajo Social Sanitario participa en los programas de EpS aportando la dimensión sociofamiliar y cultural en el análisis y abordaje de los problemas de salud y desarrollando el papel de contacto, puente entre el EAP y la Comunidad y facilitando así, el desarrollo de los proyectos educativos en coordinación con otras instituciones, grupos, asociaciones, etc de la zona básica de salud.

### POBLACIÓN DIANA.

La EpS estará dirigida a toda la población en general, participando en los Programas de EpS desarrollados por los EAP, con especial interés hacia los grupos de riesgo; aquellos que en virtud de su condición social, conducta o ambiente, son más vulnerables a determinados padecimientos, enfermedades o problemas sociales.

La EpS se dirige tanto a población sana como enferma. Se aborda a nivel individual y grupal. Prioritariamente los trabajadores sociales participan en proyectos dirigidos a:

- población sana: (prevención primaria)
  - escuela
  - comunidad
  - agentes de salud

- población enferma o con mayor riesgo:
  - enfermos crónicos
  - cuidadoras de personas dependientes
  - hiperfrecuentadoras
  - inmigrantes o otros

### OBJETIVOS:

- Participar en el diseño, ejecución, coordinación y evaluación de los proyectos de EpS que se determinen en el seno del EAP, aportando la dimensión sociocultural y psicosocial de los problemas tratados y metodologías de intervención grupal y comunitaria.
- Impulsar la acción comunitaria y la participación de la comunidad tanto individual, familiar como colectivamente.

### ACTIVIDADES:

- Realización de actividades educativas a nivel individual y familiar fomentando el autocuidado y la autonomía y movilizandolos recursos personales e institucionales
- Participación en el diseño, ejecución, coordinación y evaluación de las actividades educativas con grupos que se realicen en el Equipo, con especial atención a la EpS en la Escuela, la prevención de la violencia y el autocuidado en la enfermedades crónicas, la hiperfrecuentación, atención a los cuidadores de personas en situación de dependencia, inmigrantes, etc.
- Recepción y captación de las demandas surgidas en grupos, instituciones y asociaciones de la comunidad.
- Refuerzo de la acción comunitaria, impulsando la participación comunitaria en los proyectos concretos de EpS.

### METODOLOGÍA

Participativa, activa, .... considerando las tres dimensiones de la conducta: cognitiva, afectiva o actitudinal y la conductual o de habilidades o de acción

### TRABAJO CON GRUPOS

El trabajo grupal es una herramienta que permite a las personas compartir experiencias y emociones, adquirir un sentimiento positivo de pertenencia y avanzar en la toma de decisiones, fomentando las habilidades personales y sociales.

### Objetivos:

Se trata de pasar de la información a la formación a través de la participación activa, llegando a la motivación para el cambio de comportamientos y actitudes en cuanto a hábitos de vida, además de:

- Favorecer un espacio de crecimiento personal
- Intercambiar experiencias
- Fomentar habilidades personales y sociales
- Potenciar comportamientos saludables
- Utilizar adecuadamente los recursos de la red comunitaria
- Autorresponsabilizar al individuo de su propia salud.

### Orientaciones metodológicas:

Trabajar el cambio de comportamientos y actitudes desde el aprendizaje y utilizando una dinámica grupal, prestando atención a todos sus ámbitos:

- Área cognitiva.
- Área afectiva/ emocional/ actitudinal.
- Habilidades/ conducta/ acción.

Combinar la aportación teórica junto con la expresión y participación de los integrantes de los grupos.

### Encuadre:

- Grupo cerrado (de 8 a 10 personas).
- Seleccionado atendiendo a criterios.
- Realizar al menos 6-8 sesiones, según problemática.
- Periodicidad semanal.
- Duración de 90 minutos por sesión.

### CRITERIOS DE CALIDAD:

- El conjunto de actividades e intervenciones educativas estarán integradas en un programa que contendrá, al menos:
  - Población diana
  - Objetivos educativos
  - Contenidos educativos y metodología a utilizar
  - Actividades: calendario de sesiones, secuenciación, ...
  - Sistema de evaluación

- Existirá un registro específico del desarrollo de las actividades educativas:
  - Fecha, responsables, participantes,...
- Existirá un registro específico de las actuaciones realizadas como consecuencia de colaboraciones intersectoriales, con APS, asociaciones, etc.

## 5. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA

### DEFINICIÓN

El trabajador social participará en el programa de formación continuada en las mismas condiciones que el resto de los componentes del equipo de salud. Además de colaborar en la formación de los alumnos de las Escuelas de Trabajo Social y de otras profesiones del ámbito sanitario, así como en los programas formativos aportando principalmente, contenidos referidos a los aspectos sociales y familiares y de participación comunitaria.

### POBLACIÓN DIANA

#### 1. FORMACIÓN CONTINUADA:

El conjunto de trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud

#### 2. DOCENCIA:

Alumnos de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social, alumnos de las Escuelas Universitarias de Enfermería, médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, otros.

### OBJETIVOS

- Garantizar la formación continuada de los trabajadores sociales de APS, de acuerdo con las características y necesidades de la población y organización del centro y del propio sistema sanitario
- Colaborar en las actividades formativas que tenga establecidas el centro, el Área de salud y el propio sistema regional sanitario, aportando los aspectos sociales y familiares y de participación comunitaria en los programas formativos

### ACTIVIDADES

- Desarrollar el programa formativo de prácticas con los alumnos de Trabajo Social
- Participar en los términos que se establezcan en los programas formativos pre y postgrado de otras disciplinas en el ámbito sanitario: enfermería, medicina
- Participación docente y discente en las sesiones clínicas, docentes, bibliográficas, ... del Equipo de Atención Primaria.
- Asistencia a los seminarios, congresos, cursos,... de interés para la profesión y puesto de trabajo



- Participación docente en seminarios, congresos, cursos,...
- Publicaciones propias o como colaboración sobre cuestiones de interés para la profesión y puesto de trabajo.

#### CRITERIOS DE CALIDAD:

- Se registrará y evaluará la asistencia, participación y colaboración en cursos, seminarios, talleres y grupos de trabajo.
- Se registrará y evaluará la actividad docente en las sesiones del equipo de atención primaria de salud.
- Se detectarán y analizarán las necesidades formativas.
- Se evaluará el plan de prácticas de alumnos en T.S.

## 6. INVESTIGACIÓN

### DEFINICIÓN

Para el trabajador social de Atención Primaria de Salud supone explorar las causas o factores sociales que tienen mayor relación en el proceso salud-enfermedad, ya sea por incidencia o prevalencia, así como evaluar la eficacia de intervenciones sociales en diferentes procesos, incluidos los de coordinación. Además del estudio de las necesidades sociales, especialmente de nueva aparición, y la idoneidad en la aplicación de recursos

### OBJETIVOS:

- Evaluar la intervención social
- Evaluar la actividad profesional.
- Estudiar la idoneidad en la aplicación de los recursos.
- Realizar proyectos de investigación social.
- Participar en proyectos de investigación interdisciplinar.

### ACTIVIDADES:

- Participación en la elaboración del diagnóstico de salud de la Zona aportando el estudio de las condiciones sociosanitarias, medioambientales y culturales de la población adscrita.
- Análisis de perfiles de usuarios / demandas / problemáticas (diagnósticos) y su relación con los recursos aplicados / recursos idóneos
- Estudios sobre factores de riesgo social, sobre instrumentos de medida y evaluación, etc.
- Cumplimentar los registros específicos de Trabajo Social
- Realización de memoria anual o instrumento similar de evaluación periódica de actividad, perfiles, etc.
- Participación en proyectos de investigación interdisciplinar.
- Evaluación y análisis de los procesos de coordinación tanto interna en el equipo como externa y especialmente con servicios sociales.

### CRITERIOS DE CALIDAD:

- La Unidad de Trabajo Social elaborará anualmente memoria evaluativa de actividad
- La Unidad de Trabajo Social analizará anualmente los perfiles de necesidades y usuarios, de idoneidad en la aplicación de recursos, y sus respectivas propuestas de mejora.

- La Unidad de Trabajo Social participará en la evaluación del proceso de coordinación de las Comisión Sociosanitaria Comunitaria.



# Estructura

## 1. ORGANIGRAMA

La Unidad de Trabajo Social dependerá funcionalmente de la coordinación del centro de Atención Primaria de Salud. Figurará en el organigrama del centro.

Actualmente, en la red de Atención Primaria de Salud los trabajadores sociales atienden a más de una Zona Básica de Salud, por lo que la UTS estará adscrita a un Centro de Salud y la/s otra/s ZBS que atiende se considerarán como agregadas.

Administrativamente los trabajadores sociales son considerados unidades de apoyo con dependencia directa de la Gerencia del Área de Salud y, según el Decreto 189/2004 sobre estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área, concretamente de la Dirección Médica de Atención Primaria (artículo 11.f)

La Gerencia del Área de Salud garantizará la coordinación de las unidades de trabajo social y sus actividades, para asegurar su organización, calidad, evaluación y mejora.

## 2. CRITERIOS ORGANIZATIVOS

La dotación de trabajo social de la red de Atención Primaria de Salud dependerá de las condiciones y necesidades de la población que atiende, así como de las características y organización de cada Zona Básica de Salud.

Diferenciaremos la atención social que realiza el trabajador social sanitario en dos modalidades:

### 2.1. ATENCIÓN SOCIAL A DEMANDA:

Consulta en la que se atenderán aquellos pacientes no incluidos en programas de salud y que presenten factor de riesgo social o problemática social, de acuerdo con los criterios establecidos (anexo)

El acceso a esta consulta se realizará por derivación del propio equipo asistencial, por iniciativa de persona o familia o por derivación de otros servicios sanitarios o sociales.

La consulta a demanda tendrá establecida una banda horaria específica, que habitualmente no debe superar el 40% del tiempo asistencial. Se organizará a través del sistema de citación previa, que será responsabilidad del personal administrativo del propio centro.

## 2.2. ATENCIÓN SOCIAL PROGRAMADA:

Supone una intervención social sistematizada y protocolizada, integrada en los programas de salud.

Igualmente se desarrolla en una banda horaria específica y la agenda es gestionada directamente por el TS.

Está dirigida al conjunto de personas incluidas en los programas de salud y que presenten riesgo de problemática social o problemática social instaurada valorada según criterios o instrumento específico para la detección de riesgo social.

Ateniéndonos a criterios de factibilidad y eficiencia la intervención social programada se realizará prioritariamente:

- programa de atención al Niño
- programa de atención a la Mujer
- programa de atención al Adulto:
  - VIH
  - atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
  - atención a pacientes terminales
  - Otros: enfermos mentales, procesos adictivos, inmigrantes,
- Programa de atención al Anciano
- Sin exclusión de otros de nueva incorporación:
  - atención al adolescentes
  - atención a la familia
  - atención al cuidador
- Otros

### 2.3. OTRAS ACTIVIDADES

Además de la función asistencial, la unidad de trabajo social, participará en el resto de actividades preventivas, de promoción de la salud, de coordinación sociosanitaria, de participación comunitaria, de investigación y docencia de los equipos y centros:

- Coordinación
- Educación para la Salud
- Docencia e investigación
- Participación comunitaria

### 3. DISTRIBUCIÓN DE TIEMPOS

C. DEMANDA	DOS HORAS.
C. PROGRAMADA	TRES HORAS.
REUNIONES: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUIPO</li> <li>• SESIONES</li> </ul> COORDINACIÓN INTERNA Y EXTERNA	1 HORA
REGISTROS Y GESTIONES	1 HORA

### 4. CRITERIOS FUNCIONALES

#### DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL:

- Ejercen la actividad profesional con arreglo a los planes y programación de trabajo
- Asisten y participan en las reuniones / comisiones, tanto del equipo de trabajo como de aquellas para las que el responsable de trabajo social de APS les haya asignado.
- Son los responsables de cumplimentar y mantener actualizada la historia social del paciente.
- Emiten informes sociales.
- Cumplimentan los soportes documentales en relación a la actividad profesional (registros, estadísticas, ...)
- Colaboran en el estudio y confección de los protocolos de procedimientos.

- Realizan y mantienen actualizada, la guía de recursos sociales y socio sanitarios.
- Colaboran en la elaboración de la memoria anual, proyectos de promoción de recursos e investigación.
- Corresponsabilidad en el desarrollo de la formación continuada de los profesionales.
- Colaboración en la docencia de los pregraduados y postgraduados de las distintas disciplinas.



# Ubicación, Diseño y Equipamiento

## 1. UBICACIÓN FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

La unidad de trabajo social debe situarse en un lugar accesible y visible, claramente identificado. La estructura física será propia y diferenciada y, sus dependencias las suficientes para hacer posible la atención individualizada a los pacientes y / o sus familiares, garantizando la confidencialidad.

El ambiente será acogedor, cálido y confortable, debe transmitir por sí mismo los objetivos de atención y calidad en dicha atención.

Debe estar dotado de los suficientes y necesarios recursos materiales que permitan el desempeño de las funciones propias del servicio.

## 2. DISEÑO ESTRUCTURAL

Horario establecido en función del volumen de actividad y características de la zona de salud tipo de hospital

Accesos controlados, señalizados y libres de barreras arquitectónicas. Será prioritario el acceso desde la puerta principal, servicios de urgencias y administrativos.

## 3. ACOMODACIÓN

Espacios para la atención a los pacientes y/o familiares, con las condiciones de aislamiento que se necesitan para disponer de la confidencialidad requerida.

## 4. COMUNICACIONES

- Teléfono, líneas internas y externas
- Acceso al Fax y otros medios del centro de salud
- Sistemas informáticos e integrados en la red del centro con servicio de correo electrónico y acceso a Internet.
- Presencia en la página web del centro de salud.



## Bibliografía

- A. Ituarte Tellaeché "Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico" Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social nº 2. 1995. Madrid.
- I. Gutiérrez, M. Sorribas, M. Gil. "Metodología de la intervención Social". Editorial Altamar. 2.005. Barcelona.
- T. Rossell. La entrevista en Trabajo Social. Editorial EUGE.1998. Barcelona
- J. García Roca. "Metodología de la intervención social". Revista Documentación Social nº 60. oct-dic 1987
- J. Autonell. "Investigación en Trabajo social en Salud Mental". Revista Trevall Social nº 145. marzo 1997.
- E. Aymerich i Boltá. "La atención a las familias". Revista Trevall Social nº 145. marzo 1997
- Villalobos J La Atención Integral del Usuario de la Sanidad. Revista Asistencia Sociosanitaria y Bienestar, 2000; 2:24-5
- Villalobos J La Gestión por Procesos en el ámbito de la salud. Revista de Servicios Sociales y Política Social nº 64; 63-73
- Rodríguez A, Zamanillo T Apuntes para una Valoración Diagnóstica. Revista Trabajo Social nº 127. Septiembre 1992
- Zamanillo T Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social Revista Cuadernos de Trabajo Social. 1999, 12:13-32
- Jurado Huerta C, De Grado González E Análisis de un caso desde la perspectiva psicosocial Revista Cuadernos de Trabajo Social 1999; 12:199-218
- Revista de Trabajo Social nº 145 marzo 1997 Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social de Cataluña
- National Institute for Social Work. "Trabajadores Sociales, su papel y cometidos". Ed. Narcea. Madrid 1995.

- Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005/2010. Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Bienestar Social. 2006.
- Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Consejería de Sanidad y Consumo. 2005.
- Cartera de Servicios en Atención Primaria de Salud. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Edición 2001. Plan Estratégico del SES 2005-2008. SES 2006.
- Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura. Orden 23 de marzo de 2006. DOE nº 40 de 4 de abril de 2006.
- Varios autores. Documentación de las II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. 2004.
- Serrano, M<sup>a</sup> Isabel. La Educación para la Salud en el Siglo XXI. Comunicación y Salud. Díaz de santos.1997.
- Rossell, Teresa. La entrevista en Trabajo Social. EUGE.1998.
- la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de D. T. S. Madrid 1999
- C. Gómez Lavin, R. Zapata García. "Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social. Ediciones Eunarte. 2.000. Navarra.
- Monográfico "El trabajo Social en Salud Mental". Revista "Trabajo Social Hoy". Colegio Oficial de Trabajo Social y AA.SS.2.000. Madrid.
- D. Colom "La planificación del alta hospitalaria" Mira Editores Zaragoza. S.XXI de España Editores S.A. 2.000. Madrid.
- M. Palacín Lois. Á Estrategias de Apoyo Psicosocial. Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Muta". En la revista ACNefi nº 7.
- Revista de Trabajo Social nº 145 marzo 1997 Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social de Cataluña
- Monográfico El Trabajo Social en Salud Mental. Revista Trabajo social Hoy nº 28. Editada por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social Madrid primer semestre 2000.
- "Coordinadora de Trabajadores Sociales de Alcalá de Henares y Meco". Revista Trabajo Social Hoy nº 28. Editada por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social Madrid primer semestre 2000.

- J. Leal. “ Salud Mental y transversalidad: la articulación de recursos”, en Boletín de la AMSM. Primavera de 2001.
- Gallego, Domingo y Ongallo, Carlos. EMPATÍA: Entrevista y Mediación con el paciente. Técnicas de interacción y ayuda. SES. 2002
- A. Clemente. Redes sociales de apoyo en relación al envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Revista Interdisciplinaria vol 20, nº 1
- Familias y Terapia familiar. Salvador Minuchin. Edit. Gedisa.
- “Impacto de la Enfermedad y la deficiencia en el adulto.”Alberto Espina Eizaguirre en la 2ª Jornadas de Orientación y Terapia Familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.
- “Terapia familiar con enfermos crónicos.” Javier Navarro Góngora, en la 2ª Jornadas de Orientación y Terapia Familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.
- Genograma familiar. Introducción a la Sistémica y terapia familiar. Luis Cibanal. Pag. de Internet: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/)
- Programa de Trabajo Social y apoyo a al dinámica y estructura familiar. Escalas de Evaluación. La Rioja
- Sociedad española de Geriátría y Gerontología: Cómo manejar los conflictos familiares.
- Eco mapa, genograma y mapa de relaciones familiares. Bassets, Ripol- Millet y Gloria Rubiol. Erea de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. INTRESS 1.983.
- M. McGoldrick y R. Gerson. “GENOGRAMAS EN LA EVALUACIÓN FAMILIAR” Ed.Gedisa.
- K. Eia Asen & Peter Tomson. INTERVENCIÓN FAMILIAR guía práctica para los profesionales de la salud. Ed. Paidós. Barcelona: 1997.
- Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. Fernando Calvo Francés y María Dolores Díaz Palarea. Psicothema 2004. Vol. 16, nº 4, pp. 570-575
- Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. F M López González, M Cuenca Monteroa, D Viciano Garófanoa, I Rodríguez Martínez, E M Martín López, M Acosta Ferrera y G Odriozola Aranzábal. Atención Primaria. Volumen 26, Número 8, Septiembre 2000

- González JL, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. Atención Primaria 1992; 9: 219-226
- De la Revilla L, Bailón E. Recursos familiares. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed. Doyma, 1994.
- Ramos Brieva J. Instrumentos de medida de la depresión. En: Depresión. Vision actual. Madrid: Grupo Aula Médica S.A., 1997.
- Eiroa P. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo. [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Facultad de Medicina, 1994.
- Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11. Atención Primaria 1996; 18: 153-163.
- Goñi, A. Biurrun, B. Artaso Estrategias de afrontamiento al estrés de cuidadoras informales de pacientes con demencia. Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005
- Goñi, A. Biurrun, B. Artaso Demencia y familia: estudio de sobrecarga. Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005
- Revilla Ahumada L de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria
- Manel Nebot, Jose Manuel Lafuente, Zoa Tomás, Carme Borrell y Josep Ferrando. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 673-682 N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2002
- J. Ribas, A. Castel, B. Escalada, L. Ugas, C. Grau, R. Magarolas, JM. Puig, J. Carulla, J. Pi. Trastornos Psicopatológicos del cuidador principal no profesional de Pacientes Ancianos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2000;27(3):131-134
- Espinosa Almendro JM, de la Revilla Ahumada L. Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la Atención Familiar y en el Programa de Atención Domiciliaria. Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 4, noviembre 2002

# Anexos





# ANEXO 1

## El Trabajo Social Sanitario

### 1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL TRABAJO SOCIAL EN SALUD

El Trabajo Social (TS en adelante) como disciplina nace a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en el contexto de la reciente aparición de las Ciencias Sociales, que tratan de aportar un análisis científico de la realidad social y descubrir las leyes que rigen los fenómenos sociales<sup>1</sup>.

Para hablar de la historia del TS en salud debemos remontarnos a los primeros años del siglo XX y considerar a Cabot y Richmond, pioneros del TS hospitalario y representantes de la filantropía protestante en oposición a la caridad católica. Comienza el paso al TS profesional e institucionalizado.

Cabot en 1905, en EEUU, contrata a la primera trabajadora social hospitalaria, surgiendo así una nueva profesión que se ocupaba de complementar el diagnóstico médico con la situación social y económica de los pacientes, a la vez que se encargaba de movilizar recursos en la comunidad para que los enfermos pudiesen realizar el tratamiento. Paulatinamente se van ampliando las funciones del TS abarcando otras como la educación, la investigación y la prevención.

En el campo de la salud mental el TS se integra a partir de 1904 a iniciativa de Adolph Meyer, quien consideraba que “la locura es un desajuste del conjunto de la personalidad más que una enfermedad del cerebro y que era necesario para el tratamiento una completa información sobre las intervenciones sociales sobre el paciente”. Gradualmente se aprecia el valor de las evaluaciones de los trabajadores sociales en la toma de decisiones (tratamiento global) respecto a una persona con enfermedad mental y así el TS se incorpora como parte de los Equipos de Salud Mental.

---

<sup>1</sup> tomado del libro Trabajo Social en Sistema Sanitario Público, Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En desarrollo del TS en cada país ha ido ligado al contexto socio-político y finalmente se ha visto impregnado de los diferentes modelos teóricos desarrollados en función de los marcos ideológicos y políticos: dialéctico, cambio planificado, interaccionismo simbólico,... optándose en mayor o menor medida por un abordaje individual, grupal o comunitario, según el punto de mira sea la estructura social, las necesidades sociales o la vivencia y contexto de los desajustes.

En España el TS se incorpora a las instituciones sanitarias a partir de 1959, concretamente en la década de los 60 llegan a los Hospitales Generales y los hospitales psiquiátricos. A diferencia de lo ocurrido en Europa y EEUU se orienta al TS hacia la atención de aquellos problemas sociales que alteran la dinámica del hospital y actividades burocráticas, sin ninguna influencia en el equipo sanitario, impidiendo así el desarrollo clínico, la atención sistemática y estructurada y, por tanto, la plena pertenencia a los equipos y servicios y la plena participación en los procesos de diagnóstico y tratamiento y, menos aún, en los niveles de planificación. Es importante conocer estos orígenes para comprender la situación y desarrollo del TS en salud, pues esos hechos continúan marcando nuestra realidad hoy.

En nuestra Comunidad Autónoma los trabajadores sociales están incorporados al sistema de salud desde 1972. En esa fecha se hicieron las primeras contrataciones en los centros psiquiátricos y hospitales dependientes de las Diputaciones Provinciales.

También en 1972 el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) creó los primeros centros ambulatorios; estos en 1975 pasaron a depender de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AINSA) que ubicó Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, de Salud Mental y Hospitales Infantiles por toda la geografía del Estado. En Extremadura se pusieron en funcionamiento los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de Cáceres y Badajoz, que junto con el recién traspasado centro de salud mental de Badajoz, constituían los dispositivos ambulatorios en Salud Mental. En 1982 se transfieren los centros de AINSNA a la Junta Regional Extremeña y en 1985 definitivamente a la Junta de Extremadura, asumiendo el Ente Autonomo las funciones y personal de dichos centros. Estos dispositivos contaban con trabajadores sociales en sus plantillas.

Extremadura asume las competencias plenas en salud en 2001. Se afronta desde el SES la integración en el sistema sanitario de los dispositivos de salud mental y se inician remodelaciones en la red de equipos de salud mental, la creación de los equipos infanto-juveniles, la red de centros de rehabilitación psicosocial. La incorporación de trabajadores sociales se realiza con la misma progresión que la propia red.

La reforma sanitaria supuso la incorporación generalizada de trabajadores sociales a los Hospitales Generales y a los Centros de Salud. En Extremadura la incorporación fue progresiva entre 1988 Y 1990 y muy desproporcionada entre las Áreas de Salud de la Provincia de Cáceres con una dotación simbólica (1 TS para APS en Coria, Plasencia y Navalmoral de la Mata) y las de la provincia de Badajoz (entre 4 y 7 por Área de Salud). Paralelamente el proceso de asunción de competencias por parte de la Comunidad Autónoma, entre ellas las de Sanidad trajo consigo, la creación de una amplia red de Centro de orientación y planificación familiar y de centros de atención a las toxicomanías, que desde un principio contó con trabajadores sociales en sus plantillas de personal.

## **2. TRABAJO SOCIAL**

El Consejo General de Diplomados en T.S. ha definido el objetivo genérico del Trabajo Social como “el estudio y transformación de la realidad social, a través de un método científico que se constituye como proceso de ayuda por el cual el profesional, utilizando determinadas técnicas y procedimientos de las Ciencias Sociales, promueve los recursos de la comunidad y del individuo, para ayudar a éste a superar dificultades y conflictos derivados de su interrelación con el entorno y con otros individuos”.

Siguiendo la misma fuente, el objeto del T.S. lo constituyen tanto las condiciones sociales que dificultan el desarrollo global de la persona y de la comunidad; así como la vivencia de dichas condiciones que provocan perturbaciones en las distintas esferas de relación personal, social, familiar, laboral y comunitaria.

La Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) en asamblea general en julio de 2000 adoptó como definición internacional del trabajo social:

“La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social.” “El trabajo social utiliza los recursos que tiene la sociedad o crea otros para responder a las necesidades y a las aspiraciones del individuo” a la vez que “ayuda a las personas a desarrollar sus capacidades personales y sociales de manera que les permita resolver sus problemas individuales y colectivos”.

### 3. TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Se ha definido como:

“La práctica del T. S. que se produce en los hospitales, y otros establecimientos sanitarios con los objetivos de facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los pacientes física o mentalmente enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad. Trata también de sensibilizar al resto del personal sanitario sobre los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad”.

*Diccionario de Trabajo Social*

“La actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina”.

*Guía de organización del Servicio de T. S. en A. E. INSALUD.*

“Actividad profesional que implica, de un lado, el diagnóstico social de la persona enferma y el tratamiento individual, familiar y grupal de la problemática social que aparecen en relación con las situaciones de enfermedad, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento. Y, por otra parte, tiene por objeto la investigación y prevención de los factores psico-sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad de los individuos y comunidades en orden a conseguir la promoción de la salud y mejorar la calidad de vida.

El desarrollo del T.S. en salud, al igual que en otros ámbitos, debe realizarse respetando los principios profesionales básicos de autonomía, justicia social, aceptación, confidencialidad, actitud exenta de juicios y utilizando las técnicas propias del mismo.”

*Amaya Ituarte*

Todas las definiciones ponen de manifiesto la importancia del estudio, diagnóstico y tratamiento de los aspectos sociales en los procesos de salud-enfermedad tanto de los individuos como de las colectividades; proceso de intervención que se enmarca en el equipo interdisciplinar de salud (análisis y abordaje integral e integrado de la salud). Sin olvidar el acercamiento a los recursos y con ello a la comunidad y la dimensión investigadora y de coordinación.

Los **objetivos** del T. S. sanitario lógicamente se insertan en los objetivos de la institución de la que forma parte (hospital, atención primaria de salud, salud

mental, cedex y copf), enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales.

El trabajo social como disciplina “se dirige hacia aquellas necesidades humanas que surgen de la interrelación personal-social, y también a desarrollar el potencial humano”<sup>2</sup>. En campo de la salud el **objeto** del trabajo social sanitario viene delimitado por *la situación de crisis que genera la pérdida de la salud o el riesgo de perderla*. Podríamos decir en palabras de Teresa Zamanillo “el malestar psicosocial”<sup>3</sup> centrado en el contexto del continuo la salud/enfermedad.

La actuación profesional supone un proceso de intervención, en el que:

- se consideran y atienden las condiciones sociales que dificultan las mejoras en los procesos de salud- enfermedad
- se cuenta con la significación que los conflictos y problemas tienen para las personas y grupos (comunidades) y con las capacidades y habilidades de éstos para afrontarlos, no para hurgar como clínico en su pasado con el fin de curar, sino para comprender los elementos que puedan dificultar o facilitar el cambio y, por tanto, ayudar realmente al proceso. (ayudar en los procesos de aceptación, reorganización de la red de cuidadores, intermedio entre el paciente y el sistema sanitario),
- y, por último, tiene muy presente los recursos de que se dota o puede llegar a dotarse la sociedad.

## 4. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

### 4.1. FUNCIÓN ASISTENCIAL

Atención a personas que como consecuencia de su enfermedad presentan una demanda de atención social o psicosocial.

**Actividades:**

- Estudio global de las situaciones-problemas para llegar a la identificación de las dificultades, factores causales limitantes o facilitadores en el contexto del paciente.
- Aportación de las valoraciones sociales al diagnóstico general.
- Establecimiento de un tratamiento social continuado integrado en el plan global de intervención del equipo.

<sup>2</sup> Federación Internacional de Trabajadores Sociales. 2000

<sup>3</sup> Teresa Zamanillo. Cuadernos de TS. Nº 12

- Orientación, apoyo y asesoramiento a familias, individuos y grupos.
- Informar al usuario de los derechos y deberes respecto a su salud.
- Informar sobre prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales existentes.
- Valoración y captación de situaciones y grupos de riesgo en colaboración con el resto de profesionales, analizando los factores sociales que inciden el proceso de salud.
- Potenciación de los recursos personales de las personas y sus familias, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de su problemática.

#### 4.2. FUNCIÓN PREVENTIVA Y DE PROMOCIÓN

Para disminuir los riesgos de enfermar o las consecuencias que se pueden derivar de la enfermedad.

Para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

##### Actividades:

- Conocimiento y análisis de los factores de sociales de riesgo
- Intervenciones por programas de salud junto con el resto de los miembros de los equipos, aportando contenidos psicosociales y aspectos metodológicos.
- Captación y atención a grupos de riesgo
- Refuerzo de la acción comunitaria y de participación de la comunidad

#### 4.3. FUNCIÓN EDUCATIVA O DE TRABAJO COMUNITARIO

Orientada a potenciar la participación y capacitación individual y de la comunidad para la autorresponsabilidad y el autocuidado, mediante la Educación para la Salud

##### Actividades:

- Conocer los recursos asociativos de la zona/áreas y sus actividades.
- Captar y atender las demandas surgidas en los grupos, instituciones u organizaciones de la comunidad.
- Promover la organización de la comunidad para lograr su participación activa en las actividades del Centro/institución.
- Movilizar los recursos personales e institucionales.

- Diseño, desarrollo y evaluación de actividades educativas con el resto de miembros de los equipos.
- Mantener contactos periódicos con colectivos y asociaciones.
- Participar en la captación y formación de los agentes de salud y voluntarios de la zona.
- Contacto y coordinación con instituciones de la comunidad: educación, servicios sociales, asociaciones en relación con la educación sanitaria.
- Participar en el Consejo de Salud de zona/comisión técnicoasistencial del hospital.

#### 4.4. FUNCIÓN INVESTIGADORA

Explorar las causas o factores sociales que tienen mayor relación en el proceso de salud-enfermedad, así como aquellas intervenciones sociales más eficaces en los diferentes procesos.

##### Actividades:

- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud (condiciones socio-sanitarias, medio-ambientales y culturales)
- Evaluación de la actividad profesional
- Investigación social
- Participar en investigaciones interdisciplinarias

#### 4.5. FUNCIÓN COORDINACIÓN

El Trabajador Social es enlace entre el equipo y la Comunidad. Es importante para optimizar los recursos y desarrollar actuaciones de coordinación intra e interinstitucional, especialmente frente a situaciones o problemáticas socio-sanitarias.

##### Actividades:

- Información a los equipos sobre recursos sanitarios y sociales
- Establecimiento de canales de interconsulta permanente con los equipos
- Participación en reuniones periódicas de evaluación y coordinación de los equipos
- Establecimiento de protocolos de actuación y derivación con
- Establecimiento de reuniones y/o contactos de coordinación con los trabajadores sociales sobre los recursos socio-sanitarios existentes en las zonas/áreas para derivación y seguimiento de los casos.

#### 4.6. FUNCIÓN FORMATIVA

Participar en las unidades docentes de las Áreas aportando los aspectos sociales y psicosociales y de participación comunitaria

Actividades:

- Participación en formación continuada
- Colaboración en la formación pre y posgrado de los diferentes profesionales de los equipos



# ANEXO 2

## Metodología de Trabajo Social

### **ESTUDIO SOCIOFAMILIAR**

#### FUNDAMENTACIÓN:

El abordaje de una situación problema exige en primer lugar estudiar, investigar y explorar las distintas áreas de la dimensión socio-familiar. Estudiar, investigar y explorar las distintas áreas de la dimensión socio-familiar.

#### PRETENDE:

- Explorar e investigar las variables que condicionan la problemática del paciente y familia.
- Conocer las expectativas del paciente y familia.
- Identificar las dificultades y circunstancias sociales y cómo afectan en el ámbito individual y familiar a su estado de salud y evolución.
- Analizar e interpretar los datos obtenidos.

#### SUPONE:

Entrevista/s al paciente, familia y redes sociales. Observaciones directas del paciente y familia. Registro de datos. Análisis e interpretación de la información obtenida. Valoración de necesidad y sistemas de apoyo social.

### **DIAGNÓSTICO SOCIAL**

#### FUNDAMENTACIÓN:

El diagnóstico social es un juicio técnico de la situación problema. Analizados, interpretados y valorados el conjunto de variables socio-familiares que marcan la situación global presentada, se establece un pre-diagnóstico social, y más tarde diagnóstico definitivo.

**PRETENDE:**

- Identificar la situación/es en los órdenes familiar, apoyo social, laboral, económico, cultural,... que afectan a la persona y/o familia en el proceso de recuperación y normalización.
- Integrar el diagnóstico social en el diagnóstico global de la Historia Clínica.

**SUPONE:**

- Correlacionar la información obtenida para configurar el diagnóstico social.

**PLAN DE INTERVENCION SOCIAL**

Configurado el diagnóstico social, se planifica la intervención diseñando una estrategia de acción que se concreta en un plan de trabajo con objetivos, actividades, niveles de actuación, metodología y recursos utilizados. Dicho plan de intervención se puede estructurar en dos grupos diferenciados de acciones:

- tratamiento psicosocial
- información y tramitación de recursos

**1. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL**

Supone un proceso de ayuda a personas, familias y/o grupos que se encuentran en situación de conflicto (malestar psicosocial) que repercute en el proceso salud-enfermedad e impiden el desarrollo de sus capacidades personales y sociales.

**PRETENDE:**

- Contribuir al análisis y toma de conciencia del problema que afecta al paciente y familia.
- Fomentar que el paciente y familia sean agentes de su propio cambio.
- Potenciar el desarrollo de habilidades que les permita afrontar la situación-problema.

**SUPONE:**

- Entrevistas con el paciente y familia con el objetivo de:
  - Aclarar la situación problema.
  - Facilitar la descarga emocional.
  - Contener los estados emocionales.

- Normalizar la situación-problema.
- Promover cambios en el entorno (físico, relacional y de apoyo) que permitan modificar actitudes.
- Apoyar en el proceso de toma de decisiones.
- Elaboración de informe social.
- Seguimiento del paciente y familia.

### EVALUACIÓN:

A todo paciente y familia en tratamiento psicosocial se realizará una evaluación final donde consten los objetivos alcanzados o no, respuesta del paciente, actividades realizadas y sus probables efectos, así como una valoración social de la nueva situación familiar.

## 2. INFORMACION Y TRAMITACION DE RECURSOS

Facilitar el acceso y movilización de recursos es a la vez un principio, un objetivo y una actuación específica del Trabajo Social en su faceta asistencial.

### PRETENDE:

- Facilitar el acceso a los recursos sociales y socio-sanitarios.

### SUPONE:

- Información y asesoramiento al paciente y/o familia de los recursos disponibles, para la atención de sus necesidades.
- Apoyo en la tramitación y gestión de recursos. Elaboración de informe social. Mantener actualizada la información de la red de recursos.

### EVALUACIÓN:

- Se evaluará las actividades realizadas, la red de recursos e idoneidad de los mismos.



# ANEXO 3

## Criterios Derivación Atención Social

### CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL CONSULTA A DEMANDA

- Dificultades económicas expresadas por el paciente.
- Dificultades en relación con la vivienda: insalubridad, espacio, carencia de ciertos servicios y equipamiento, existencia de barreras arquitectónicas, etc.
- Dificultades en el seno de la familia: relaciones, conflicto pareja, conflictos familiares derivados de problemas de salud, problemas relacionados con A.V.S.
- Dificultades relacionadas con los cuidados de salud: propios o a terceros
- Sospecha de maltrato (ancianos, niños, mujer, ...)
- Violencia y/o maltrato evidente
- Inmigración
- Descubertura sanitaria
- Problemas legales: incapacitación, procesos de tutela, ...
- Problemas de salud mental: Trastorno mental grave,
- Adicciones
- Aislamiento social
- Exclusión / marginación: mendicidad, ...
- Problemas relacionados con la educación: problemas de aprendizaje, absentismo escolar, no escolarización, .

## **CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN AL NIÑO**

- Malos tratos:
  - Sospecha de maltrato en todas sus formas, incluida la desprotección. Especial atención a:
    - No acudir a consulta programada o concertada de forma no puntual
    - Ausencia de informes de alta hospitalaria
    - Cambios frecuentes de médico
    - Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica
    - Descuido persistente de las necesidades básicas de los niños/as: higiene, alimentación adecuada, emocionales, estimulación y afecto.
  - Señales evidentes de violencia física, abandono, negligencia o abuso sexual.
- Sanitario (algunos criterios pueden ser considerados sospecha de maltrato):
  - No vacunación correcta y completa
  - Frecuentes accidentes
  - No cumplimiento de programa del niño sano
  - Déficit en el desarrollo motor y/o sensorial,
  - Déficit en el desarrollo del lenguaje y aprendizaje.
  - En general, padecer enfermedades y/o deficiencias que requieran atenciones especiales y riesgos de marginación.
  - No cobertura sanitaria
- Vivienda:
  - Hacinamiento
  - Carencia de vivienda
  - Animales domésticos sin control sanitario
  - Ausencia de condiciones básicas de habitabilidad de la vivienda (agua caliente,...)
- Escolares:
  - Absentismo escolar
  - No escolarización
- Unidad de convivencia:

- Adicción a sustancias tóxicas en uno de los progenitores
- Psicopatológicas graves en uno de los progenitores
- Abandono de la casa de uno de los progenitores
- Hijo de madre adolescente
- Deterioro de las relaciones de convivencia,
- Insuficiente o nula red de apoyo familiar y social
- Convivencia con hijos de distintos progenitores
- Económicos:
  - Dificultades económicas continuadas: ausencia de ingresos,
  - Desempleo prolongado, trabajos marginales (incluida la prostitución), mendicidad en los progenitores.
  - Trabajo de menores.
- Encarcelamiento de uno de los progenitores

## **CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL ATENCIÓN A LA MUJER**

- Sospecha de maltrato en todas sus formas. especial atención a:
  - Antecedentes violencia en familia de origen
  - Sumisión y dependencia
  - Baja autoestima
  - Aislamiento social y psicológico
  - Bajo nivel económico y cultural
  - IVES previo /embarazo no deseado
  - Consumo alcohol y drogas
  - Existen denuncias previas de maltratos
- Salud / sanitarios:
  - Problemas crónicos de salud mental
  - Procesos terminales
  - Adicciones
  - Enfermedades degenerativas
  - Enfermedades raras
  - Discapacidades
  - Dependencias
  - Carencia de cobertura sanitaria
  - Problemas con el manejo de la enfermedad
- Unidad de convivencia / Familiares:
  - Problemas relacionados con Acontecimientos Vitales estresantes
  - Conflictos familiares derivados de problemas de salud
  - Sobrecarga del cuidador
  - Falta de apoyo familiar
  - Mujer con cargas familiares no compartidas
- Económicos:
  - Carencia de ingresos
  - Ingresos económicos insuficientes
  - Expresión de dificultad económica



- Vivienda:
  - Falta de vivienda
  - Deficientes condiciones de habitabilidad
  - Falta de equipamiento
  - Barreras arquitectónicas
- Laboral:
  - Problemas laborales
  - Desempleo
- Legales:
  - Problemas legales
  - Incapacidad judicial
  - Ordenes de alejamiento
  - Inmigración ilegal
  - Procesos de tutela
- Inserción social:
  - Aislamiento social
  - Dificultades de inserción
  - Exclusión/marginación
  - Mendicidad
- Otros

### **CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTE CON VIH/SIDA**

- Estar incluido en el programa de atención a personas con VIH positivo / SIDA

### **CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES**

- Estar incluido en el programa de atención a pacientes terminales.

### **CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO**

- Todas aquellas personas en las que se detecte riesgo de problemática social a través del instrumento específico de cribaje<sup>4</sup>.
- Su empleo será sistemático por medicina o enfermería en la primera o primeras entrevistas de evaluación de la situación de los pacientes incluidos en el servicio de atención al anciano.

### **CRITERIO DE DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS**

- Todas aquellas personas en las que se detecte riesgo de problemática social a través del instrumento específico de cribaje.
- Su empleo será sistemático por medicina o enfermería en la primera o primeras entrevistas de evaluación de la situación de los pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

---

4 ver instrumento para riesgo social en pacientes inmovilizados.

## CUESTIONARIO VALORACIÓN RIESGO SOCIAL

<b>UNIDAD DE CONVIVENCIA</b>	
VIVE CON FAMILIA O EQUIVALENTE SIN LIMITACIÓN FÍSICA O PSÍQUICA PARA CUIDADOS Y DE FORMA ESTABLE	1
VIVE CON FAMILIA O EQUIVALENTE SIN LIMITACIÓN FÍSICA O PSÍQUICA PARA CUIDADOS DE FORMA TEMPORAL O ROTATORIA	2
VIVE CON PERSONA DE SIMILAR EDAD O MAYOR DE 70 AÑOS SIN LIMITACIÓN FÍSICA O PSÍQUICA PARA CUIDADOS	3
VIVE CON PERSONA CON LIMITACIÓN FÍSICA O PSÍQUICA PARA CUIDADOS DE FORMA ESTABLE	4
VIVE SOLO/A	5
<b>RED DE APOYO SOCIAL</b>	
MÁS DE 6 CUIDADORES DE LA RED FAMILIAR	1
2 - 5 CUIDADORES/AS DE LA RED FAMILIAR	2
1 CUIDADORES/AS DE LA RED FAMILIAR CON APOYO FORMAL (SAD, VOLUNTARIADO, CONTRATO PRIVADO,...)	3
1 CUIDADOR/A DE LA RED FAMILIAR	4
SIN APOYO	5
<b>SITUACIÓN DE LA VIVIENDA</b>	
SIN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA VIVIENDA, NO PRESENTA PROBLEMAS DE EQUIPAMIENTO NI DE HABITABILIDAD	1
EXISTEN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DENTRO DE LA VIVIENDA (peldaños, puertas estrechas, bañeras, cuarto de baño fuera de la vivienda, ...)	2
EXISTEN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS PARA EL ACCESO A LA VIVIENDA (escaleras, portal estrecho, ausencia de ascensor,...)	3
CARENCIA DE EQUIPAMIENTO BÁSICO: AGUA, AGUA CALIENTE, ELECTRICIDAD, ALGÚN APARATO DE CALEFACCIÓN, ASEO, TELÉFONO	4
AUSENCIA DE VIVIENDA / CHABOLA / VIVIENDA DECLARA EN RUINA, ...	5
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	
INGRESOS SUPERIORES A 1.5 VECES EL S.M.I.	1
INGRESOS HASTA 1.5 VECES EL S.M.I.	2
PENSIÓN MÍNIMA CONTRIBUTIVA (jubilación, invalidez, viudedad.)	3
PRESTACIÓN SOCIAL (pensión no contributiva, como minusválido, etc)	4
SIN INGRESOS	5
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

EL PUNTO DE CORTE PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMÁTICA SOCIAL ES IGUAL O SUPERIOR A 16



# ANEXO 4

## Gestión Compartida de Casos

### MODELO DE ORGANIZACIÓN Y DE GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN LA ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR: GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS

#### 1. INTRODUCCIÓN // FUNDAMENTACIÓN

El modelo de Atención Sociosanitaria que se ha definido en nuestra Comunidad Autónoma a través del Plan Marco de Atención Sociosanitaria, elaborado conjuntamente entre las Consejerías de Bienestar Social y Sanidad y Consumo, supone **la acción conjunta** de los sectores social y sanitario, en la que cada sector desarrolla todos los servicios necesarios para aportar una respuesta integral a **las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continua**, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conllevan distintos niveles de dependencia.

La coordinación Sociosanitaria supone desarrollar un sistema integral de cuidados continuados, a través de un **sistema de servicios coordinado con procesos bien definidos**.

Este sistema de servicios coordinado requiere de una metodología que facilite prestar la atención integral (acción conjunta de ambos sistemas) en el abordaje individual y familiar de las situaciones-problema, al tiempo que garantizar la continuidad asistencial a lo largo del proceso de atención (proceso de coordinación).

Es importante considerar y procurar minimizar las dificultades de relación y comunicación entre los profesionales de los sistemas sanitario y social, relacionadas con tener lenguajes, concepciones, organización de sistemas, metodologías de abordaje e intervención distintas y que les separan.

La gestión compartida de casos es una metodología que articula el abordaje conjunto y coordinado entre profesionales al permitir:

- un análisis conjunto, compartido e integral de la situación global de la persona y familiares,
- el establecimiento de un plan de intervención con objetivos compartidos a la vez que una separación de responsabilidades entre profesionales,
- la evaluación y seguimiento en el proceso de intervención conjunto

En otro orden de cosas, facilitar el acceso y garantizar la continuidad cuidados sanitarios y sociales es al tiempo una función troncal y un objetivo de la atención sociosanitaria. Es necesario considerar en el modelo organizativo la presencia de un PROFESIONAL DE CONTACTO Y REFERENCIA para toda la red de dispositivos del sistema integrado. Profesional que no tiene la responsabilidad clínica del caso, ni ostenta en exclusiva la responsabilidad del proceso de coordinación, puesto que esta recae sobre el conjunto de los equipos y su capacidad de cooperación y coordinación, pero que facilita ampliamente todo este proceso de trabajo conjunto. Este profesional deberá ser:

- referencia estable y permanente para los contactos entre ambos sistemas, ejerciendo el papel activo de puente y agente de coordinación
- garantizar la visión longitudinal en la evolución de los casos, asegurando el registro

El trabajador social del equipo de Atención Primaria de Salud es el elemento del clave en esta función coordinadora de la gestión compartida de casos, al ser un profesional que conoce ambos sistemas de atención y sus peculiaridades, está familiarizado con ambos lenguajes y metodologías.

## **2. OBJETIVOS DE LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS**

### **GENERALES:**

- Integrar la atención sanitaria y la atención social en las personas con enfermedad crónica y dependencia en un proceso de atención coordinado.
- Garantizar el acceso a los recursos sociales y sanitarios y la optimización de estos.

### **ESPECÍFICOS:**

- Operativizar la participación e implicación de los profesionales con responsabilidad en el caso.
- Facilitar la comunicación y relación entre los profesionales de ambos sistemas estableciendo objetivos y metas comunes.
- Asegurar el registro de las actuaciones

- Establecer procedimientos claros y ágiles de derivación e informes protocolizados
- Analizar las evaluaciones y seguimiento de los casos

### ACTIVIDADES:

- Realización de un análisis conjunto, compartido e integral de la situación global de la persona y familiares: problemas de salud, necesidad de cuidados sanitarios, necesidades de atención social derivadas de la dependencia, valoración de la situación sociofamiliar. Esto requiere que cada profesional implicado en el caso desarrolle sus competencias previamente a la puesta en común.
- Delimitación del conjunto global de problemas sociales y sanitarios
- Establecimiento de un plan conjunto de intervención con objetivos compartidos a la vez que una separación de responsabilidades entre profesionales, y con unos plazos de ejecución
- Todo ello perfectamente consignado en un documento que garantice la monitorización del proceso y facilite la evaluación: Historia Socio-Sanitaria, que contiene:
  - Informes de coordinación sociosanitaria, donde se especifica el motivo que justifica la atención conjunta
  - Modelo convocatoria, si fuera precisa la intervención de otros profesionales
  - Resumen de problemas y necesidades detectadas
  - Plan de intervención y cuidados, donde se indican los servicios propuestos como idóneos, de quién es la responsabilidad su provisión y gestión
  - Hoja de seguimiento: donde se registra la evolución y fechas de reevaluaciones.
- Evaluación y seguimiento en el proceso de intervención conjunto

### RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA:

Será el profesional de contacto, que facilite el proceso de coordinación interprofesional e intersectorial. Para ello:

- Ejercerá como profesional de referencia para el resto de profesionales implicados en el caso. Canalizará la relación de la CSC con otras instituciones, organismos, profesionales, etc.
- Garantizará el correcto registro de la evolución del caso, y que el expediente o historia sociosanitaria estén perfectamente completadas.





# ANEXO 5

## Instrumentos de Valoración Social a Pacientes Inmovilizados

### 1. INTRODUCCIÓN

Se presenta una selección de instrumentos para las evaluaciones sociofamiliares de los pacientes inmovilizados y sus cuidadores, a utilizar por los trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud.

La valoración social de una situación requiere la evaluación de sus distintas áreas para concluir un diagnóstico social y un plan de intervención. El objetivo de este trabajo es aportar una serie de instrumentos de evaluación de aspectos muy concretos de algunas áreas de la dimensión sociofamiliar.

Este trabajo surgió de un grupo de trabajadoras sociales que se propone la unificación de instrumentos de evaluación psicosocial que incremente la objetividad y evidencia científica de estas evaluaciones.

El trabajo se realizó a lo largo de 2005 a través de un seminario de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo denominado “Actualización en instrumentos de diagnóstico social”.

### CONSIDERACIONES PREVIAS

La atención domiciliar a pacientes inmovilizados constituye un servicio de la Atención Primaria de Salud por lo que nos situamos un proceso de atención interdisciplinar ordenado y sistematizado.

Este proceso de atención comporta valoraciones clínicas, de necesidades de cuidados sanitarios y de las situaciones sociofamiliares.

No todos los Equipos de Atención Primaria de Salud disponen de trabajador social sanitario, lo que condiciona de una forma muy clara la organización de la atención social y sus valoraciones.

## 2. LA DIMENSIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

### ÁREAS O EJES DE ESTUDIO:

Seguidamente se enumeran las distintas áreas del estudio social global de una persona incluida en el programa / servicio de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados. Todas ellas se han de considerar en la valoración global; sin embargo, algunos de estas áreas son evaluadas también por otros profesionales del EAP, como ocurre con la situación de dependencia e incluso otras son realizadas exclusivamente por otros profesionales (diagnóstico clínico y de necesidades de cuidados sanitarios).

### 2.1. ÁREA CULTURAL

Aspectos de socioculturales que nos marcaran condicionantes en el abordaje del caso.

- nivel de instrucción,
- etnia,
- religión,
- inmigración // procedencia

### 2.2. ÁREA SANITARIA:

- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico de dependencia: Capacidad funcional, capacidad instrumental, deterioro cognitivo.
- Necesidad de cuidados sanitarios
- Antecedentes y evolución o trayectoria: personal y familiar.
- Percepción y vivencia: del paciente y cuidadora/es

### 2.3. ÁREA RED SOCIAL DE APOYO:

- Apoyo familiar y social
  - Composición y tamaño de la red familiar o informal:
  - Cuidadores informales:
    - cuidador/a principal
    - cuidador/a secundarios
  - Cuidadores formales:

- Organización de los cuidados:
- Relaciones familiares y comunicación: o

#### 2.4. ÁREA VIVIENDA:

- Habitabilidad
- Equipamiento
- Barreras arquitectónicas

#### 2.5. ÁREA ECONÓMICA:

- Renta per capita
- Gastos derivados de los cuidados

#### 2.6. ÁREA RELACIONES CON EL ENTORNO, O NIVEL DE AISLAMIENTO:

- Sociabilidad
- Nivel de aislamiento

### 3. INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN:

Previamente a la enumeración de instrumentos es importante reseñar que el trabajador social utiliza durante todo el proceso de atención a la persona y familia de apoyo, como técnica y recurso, fundamental y principalmente la entrevista.

#### 3.1. ÁREA SANITARIA:

- Diagnóstico clínico: resumen de problemas de salud y pronóstico según se consigne en la historia clínica, específicamente en los apartados de diagnóstico, tratamientos y recomendaciones. Establecido por medicina.
- Valoración del nivel de autonomía: se evalúan en este apartado la capacidad funcional, la capacidad instrumental y el deterioro cognitivo. Puede ser realizado por DUE o por TS, indistintamente.
- Necesidad de cuidados sanitarios: resumen de problemas y plan de cuidados establecido por enfermería.
- Antecedentes y evolución o trayectoria: personal y familiar. Esta información se recoge a través de las entrevistas y se registra en la Historia Social.
- Percepción y vivencia: del paciente y cuidadora/es. Igualmente es recogida a través de la entrevista/as y se registra en la Historia Social.

### Valoración del nivel de autonomía:

En la literatura se ha considerado que las limitaciones Funcionales, Instrumentales y Cognitivas, afectan a la persona presentando una reducción de las habilidades de autocuidados.

Una buena valoración funcional puede ofrecer índice del riesgo de institucionalización, del uso de los recursos socio-sanitarios.

Se han seleccionado los siguientes instrumento, aunque es preciso matizar que esta selección queda sujeta a modificación en virtud de lo que se establezca en el programa de salud // guía clínica para el proceso de atención a esta población dependiente.

AREA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
LIMITACIÓN FUNCIONAL	ENTREVISTA ESTRUCTURADA	INDICE DE BARTHEL (anexo 5.1)
LIMITACIÓN INSTRUMENTAL		INDICE DE LAWTON Y BRODY (anexo 5.2)
LIMITACIÓN COGNITIVA		CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER (SPMSQ) (anexo 5.3)

### 3.2. ÁREA RED SOCIAL DE APOYO:

#### Introducción

Las redes sociales ejercen una función protectora frente a enfermedades<sup>5</sup>.

La red social personal se constituye en una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y capacidad de adaptación frente a una crisis (Sluzki 1979 y Steinmetz 1988)

Sin embargo, la mera existencia de relaciones no implica la provisión de apoyo. Cartensen (1986) señala la independencia entre el mantenimiento de relaciones sociales y la provisión de apoyo. Por ello, se hace preciso delimitar el concepto del apoyo social que en la literatura se coincide en considerarlo como un constructo multidimensional, que se centra en “la ayuda instrumental y en

5 Cohen & Syme, 1985

la emocional que para el individuo se deriva de un determinado entramado de su red social (Sluzki, 1998)”

En situaciones de crisis el apoyo es provisto por los familiares (Muchnik & Seidmann, 1999).

El estudio del apoyo social y dentro de este, de los recursos familiares<sup>6</sup>, son elementos fundamentales para el trabajo social en el abordaje psicosocial de las personas con enfermedad crónica e inmovilizadas, como vértice en el que pivota el apoyo psicosocial y la utilización de recursos sociales y sociosanitarios. La carencia de red de apoyo o el nivel de fragilidad de ésta junto con el resto de condiciones del entorno físico y económico son los criterios fundamentales a considerar en el acceso a estos recursos.

Seguidamente se exponen de forma ampliada los aspectos a estudiar por el trabajador social en la valoración del área de apoyo familiar y social y los instrumentos de evaluación seleccionados:

### **Variables a estudiar en el apoyo familiar y social**

#### ***Red familiar:***

- Composición y tamaño de la red familiar, diferenciando:
  - Unidad de convivencia
  - Restantes miembros de la red familiar.

Debemos conocer el número de personas con que puede contar el paciente en la provisión de cuidados.

#### ***Relaciones familiares y comunicación:***

- Evolución en la composición de familia,
- Etapa del ciclo vital familiar
- Acontecimientos vitales estresantes
- Interpretación que hace la familia del momento actual (sentimientos, significación, experiencias previas)
- Roles ligados a la enfermedad
- Toma de decisiones (unipersonal, democrática, consenso)

---

<sup>6</sup> Las ayudas o apoyo que aporta la familia. Según Swée pueden ser: económico, consejo o asesoría, manejo médico (manejar a los enfermos), apoyo emocional, información y educación, apoyo estructural (tareas del hogar, compras, alimentación, etc)

***Cuidador /a principal:***

- Situación global:
  - Tiempo diario de cuidado
  - Tiempo que lleva cuidando
  - Otras actividades y responsabilidades:
    - Familiares
    - Laborales
    - Cuidado de menores // otra persona dependiente
    - Ocio y tiempo libre
  - Apoyos que recibe en la tarea cuidadora:
    - Identificación del cuidador/res secundario/s
  - Vivencia de esta función cuidadora

***Organización de los cuidados:***

La cantidad de ayuda en un período de tiempo nos permite objetivar el apoyo material recibido. Identificar quién, qué y cuánto tiempo nos permite visualizar puntos débiles // fuertes en la organización de la provisión de ayuda material y medir la “carga de trabajo” de esta red en este momento.

***Funcionalidad familiar***

El apoyo percibido es la dimensión subjetiva del apoyo en el constructo multi-dimensional del que hablaba Sluzki al hablar del apoyo social. Como vimos en la introducción de esta área de la valoración social, el apoyo recibido y el percibido deben ser evaluados separadamente, pues ocurre que algunos sujetos se sienten apoyados aunque no reciban apoyo o en forma contraria, no perciben el apoyo aunque lo reciban. (Barron 1997)

***Red social:***

- Estudiada en relaciones con el entorno

***Cuidadores formales***

- Identificar apoyos institucionales recibidos y solicitados:
  - Titularidad:
    - Públicos
    - Privados

- Tipo de servicio:
- Periodicidad y horario:
- Coste:

### Instrumentos de evaluación:

#### *Red familiar:*

Para recoger toda esa información sobre la composición y tamaño de la red familiar emplearemos entrevista semiestructurada dirigida a explorar esos aspectos. La valoración del tamaño de la red se hará siguiendo la clasificación propuesta en el Apgar Familiar II:

- 0-1, red escasa o nula
- 2-5, red media
- 6- más de 10, red amplia.

#### *Relaciones familiares y comunicación:*

La entrevista semiestructurada es la principal técnica que emplearemos para conocer las relaciones familiares y elementos claves en su comunicación. Seguiremos el **guión de Fleitas y La Revilla** con las siguiente etapas:

- el paciente y su pareja,
- los hijos,
- cambios en la composición de la familia
- etapa del ciclo vital familiar familia de origen,
- e interpretación que la familia hace de su actual situación.

Se enumeran los distintos instrumentos para evaluar todo lo anterior:

- las relaciones familiares el instrumento más utilizado y validado por distintos autores es el Genograma y el Mapa de relaciones familiares. (Anexo 5.4)
- Etapa del ciclo vital familiar en la que se encontraba la familia cuando aconteció la enfermedad y en la que se encuentra actualmente. Para ello utilizaremos la clasificación adaptada de Carter y Mcgoldrick, (Anexo 5.5)
- Acontecimientos vitales estresantes. Para su evaluación utilizaremos la escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (I y II). Ver Anexo 5.6

### *Cuidador /a principal:*

La entrevista semiestructurada es la principal técnica que emplearemos para conocer la situación global de la cuidadora principal. Seguiremos el guión propuesto en el grupo (anexo 5.7)

Este último punto, la percepción subjetiva, la vivencia la evaluaremos a través de **la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**. (Anexo 5.8).

### *Organización de los cuidados:*

El grupo ha diseñado un cuadro para recoger y evaluar la distribución general de las actividades y responsabilidades del cuidado a una persona inmovilizada diariamente. Ver anexo 5.9

### *Funcionalidad familiar:*

Se evaluará a través uno de los dos instrumentos seleccionados:

- El cuestionario Apgar Familiar de Smilkstein sobre satisfacción con los cuidados recibidos. (Anexo 5.10).
- El cuestionario MOS para el estudio del apoyo social (Anexo 5.11)

### *Red social:*

Seguiremos el guión de entrevista propuesto por el grupo en el que se deben explorar:

- Ocupación del ocio y aficiones
- Visitas que recibe

### *Cuidadores formales:*

Seguiremos el guión de entrevista propuesto por el grupo en relación con (anexo 5.12):

- Recursos institucionales que está recibiendo
- Recursos institucionales solicitados
- Recursos institucionales que recibió anteriormente



AREAS DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS
RED FAMILIAR: • COMPOSICIÓN Y TAMAÑO	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA VALORACIÓN DEL TAMAÑO DE LA RED CON APGAR FAMILIAR II. HISTORIA SOCIAL
RELACIONES FAMILIARES Y COMUNICACIÓN	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON GUIÓN DE FLEITAS Y LA REVILLA, GENOGRAMA Y MAPA DE RELACIONES, ETAPAS DEL CICLO VITAL: CLASIFICACIÓN DE CARTER Y MCGOLDRICK y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES: ESCALA DE AVE (I y II). HISTORIA SOCIAL
CUIDADOR PRINCIPAL:	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON GUIÓN DEFINIDO POR EL GRUPO, ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT. HISTORIA SOCIAL
ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES. HISTORIA SOCIAL
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN // CUESTIONARIO MOS. HISTORIA SOCIAL
RED SOCIAL	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON GUIÓN PROPUESTO POR EL GRUPO. HISTORIA SOCIAL
CUIDADORES FORMALES	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON GUIÓN PROPUESTO POR EL GRUPO. HISTORIA SOCIAL

#### 4. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

La vivienda deficiente ha sido relacionada con muchos problemas de salud física y mental. Y para los ancianos que viven en casas en mal estado y en barrios mal equipados, las amenazas son incontables (Vicenta Llusar Grande, Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Revista: La Vivienda y Salud N°24.2004.

Vivir en una casa poco saludable acorta la vida y multiplica las enfermedades. La vivienda saludable es un gestor de la salud de sus moradores (CEPAL) Organización Panamericana de Salud.

Los trabajadores sociales de atención primaria deben explorar las condiciones básicas de la vivienda como factor de riesgo social en el proceso salud-enfermedad. El grupo ha establecido un instrumento que permite unificar los aspectos a

considerar en una valoración de la vivienda, además de los criterios de clasificación de las distintas variables. (anexo 5.13):

## **5. SITUACIÓN ECONÓMICA**

La pobreza ha sido declarada como la amenaza más grave para la SALUD (Declaración de Jakarta-Indonesia)

La Salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de vida, con lo que crea o perpetua la pobreza. (OMS-105ª Reunión ñ1999).

Para muchas cuidadoras es conflictivo mantener un trabajo a la vez que se realizan la tarea de cuidado. También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos (disminución de la dedicación laboral) o porque aumentan los gastos derivados del cuidado del anciano. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología)

Una de las consecuencias más frecuentes de cuidar es el abandono temporal o definitivo del trabajo remunerado. A lo que hay que añadir los casos también frecuentes en los que han impedido a la cuidadora acceder a un empleo. (INSERSO)

El grupo ha establecido un instrumento que permite unificar los aspectos a considerar en una valoración de la situación económica, además de los criterios de clasificación de las distintas variables que hemos de considerar en la misma:

### **Ingresos**

- Del paciente:
  - Derivados de / clase de pensión
- De la Unidad de convivencia:
  - De los componentes
  - Renta per capita:

### **Gastos**

- Derivados de los cuidados
- Extraordinarios

AREAS DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS
INGRESOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PACIENTE</li> <li>• UNIDAD DE CONVIVENCIA</li> </ul>	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA HISTORIA SOCIAL
GASTOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CUIDADOS</li> <li>• EXTRAORDINARIOS</li> </ul>	

## 6. RELACIONES CON EL ENTORNO

El grupo ha establecido un instrumento que permite unificar los aspectos a considerar en la valoración de la red social con el fin de evaluar la existencia o no de personas que puedan proveer de apoyo emocional en la red de amistades.

### GUIÓN DE ENTREVISTA:

- Ocupación del ocio y aficiones
- Visitas que recibe

AREAS DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS
OCIO Y AFICIONES	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA HISTORIA SOCIAL
CONTACTOS CON EL EXTERIOR: Visitas que recibe	



# ANEXO 5.1

## Índice de Barthel

### INDICE DE BARTHEL

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB en adelante), también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”.

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Permite una evaluación más escalonada de los grados de discapacidad, constituyendo el índice más utilizado en la valoración funcional de pacientes para el ingreso en Residencias Asistidas en nuestro medio. Su utilidad ha sido acreditada para la práctica clínica diaria.

Las primeras referencias al (IB) en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describe explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad éste índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD.

### MEDICIÓN

Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete,

bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/ bajar escaleras, vestirse /desvestirse, control de heces y control de orina.

Las actividades se valoran asignándoles 0, 5, 10, ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente.

El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuales son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

## AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - INDICE DE BARTHEL

<b>Comer</b>	<b>Puntos</b>
Independiente capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.	5
Dependiente necesita ser alimentado por otra persona.	0
<b>Lavarse - bañarse</b>	
Independiente capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	5
Dependiente necesita alguna ayuda o supervisión.	0
<b>Vestirse</b>	
Independiente capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda.	10
Necesita ayuda pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
Dependiente.	0
<b>Arreglarse</b>	
Independiente realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.	5
Dependiente necesita alguna ayuda.	0
<b>Deposición</b>	
Continente ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.	10
Accidente ocasional menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5
Incontinente incluye administración de enemas o supositorios por otro.	0
<b>Micción - valorar la situación en la semana previa -</b>	
Continente ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.	10
Accidente ocasional menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5
Incontinente incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	0

<b>Ir al retrete</b>	
Independiente entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.	10
Necesita ayuda capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la, ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.	5
Dependiente incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0
<b>Trasladarse sillón / cama</b>	
Independiente. sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba y puede volver a la silla sin ayuda.	15
Mínima ayuda incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento	10
Gran ayuda capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.	5
Dependiente necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado.	0
<b>Deambulaci3n</b>	
Independiente puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo.	15
Necesita ayuda supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).	10
<b>5</b> Independiente en 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y en silla de ruedas doblar esquinas solo.	5
<b>0</b> Dependiente si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.	0
<b>Subir y bajar escaleras</b>	
<b>10</b> Independiente capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos.	10
<b>5</b> Necesita ayuda supervisi3n física o verbal.	5
<b>0</b> Dependiente incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).	0

La interpretaci3n sugerida sobre la puntuaci3n del Índice es:

- 0-20: Dependencia total.
- 21-60: Dependencia severa.
- 61-90: Dependencia moderada.
- 91-99: Dependencia escasa.
- 100: Independencia



## ANEXO 5.2

# Índice de Lawton y Brody

### **INDICE DE LAWTON Y BRODY DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de 8 ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso de transporte, manejo del dinero, responsable de los medicamentos.

Se puntúa si el individuo realiza la tarea, no si declara que puede hacerla. Se puede oscilar entre la máxima dependencia (0 puntos) y la independencia total (8 puntos). La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4.

El índice de Lawton y Brody ha servido de modelo a escalas posteriores y continua siendo una de las escalas más utilizadas, ya que incluye un rango de actividades más complejas que las que se necesitan para el autocuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación; no obstante, se evalúa la capacidad para realizar una tarea en una circunstancia determinada, como puede ser la viudedad. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

## ACTIVIDADES INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA - ESCALA DE LAWTON Y BRODY

<b>A.Capacidad de usar el teléfono.</b>	<b>Puntos</b>
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
<b>B. Ir de compras.</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>C. Preparación de la comida.</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
<b>D. Cuidado de la Casa</b>	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>E. Lavado de la ropa</b>	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>F. Uso de medios de transporte</b>	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>G. Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>H. Manejo de asuntos económicos</b>	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ...	1
Incapaz de manejar dinero.	0

Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.

## **ANEXO 5.3**

# **Cuestionario Portátil del Estado Mental Pfeiffer**

Instrumento de administración rápida que ha acreditado su fiabilidad en estudios epidemiológicos, llegando a superar incluso al prestigioso MMSE de Folstein, siendo, por ello, uno de los más recomendables en Atención Primaria y Geriátrica.

Es una prueba muy breve que no requiere ninguna preparación especial, aportando, en pocos minutos, información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente sobre memoria y orientación.

Constan de 10 ítems que hacen referencia a cuestiones generales o personales, confiriéndole un carácter transcultural. En nuestro medio tan sólo se ha tenido que adaptar al noveno ítem (se pide el nombre completo, segundo apellido).

Este test es especialmente útil en invidentes, personas de avanzada edad y analfabetas, aún cuando se corrige el resultado en función del grado de instrucción, permitiendo un error más en sujetos de bajo nivel educativo, estableciéndose, por el contrario, un error menos en individuos con estudios superiores.

La interpretación de los resultados se realiza contabilizando los errores en los 10 ítems del test. De 0 a 2 se considera normal; de 3 a 4 deterioro intelectual leve; de 5 a 7 deterioro intelectual moderado y de 8 a 10 deterioro severo. El punto de corte para la demencia se establece en 5 errores.

**CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA**

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
4. A ¿cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

*El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.*

# ANEXO 5.4

## Geograma y el Mapa de Relaciones Familiares

### EL GENOGRAMA

#### CONCEPTO:

El genograma es un instrumento clínico muy práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente, proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales.

Su elaboración ayuda a empatizar con los pacientes relacionándonos con ellos y, además, nos facilita poder visualizar en un único diagrama elementos estructurales, dinámicos y relacionales.

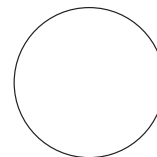
#### CONSTRUCCIÓN DEL GENOGRAMA:

La elaboración del genograma es una tarea sencilla que requiere solamente del conocimiento de una serie de símbolos.

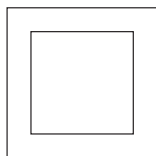
Los símbolos más utilizados son:



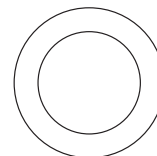
Masculino



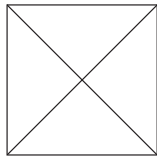
Femenino



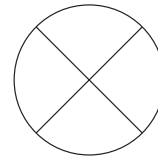
Paciente índice  
Paciente Identificado



Paciente índice  
Paciente identificado



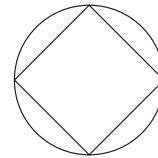
Fallecimiento



Fallecimiento



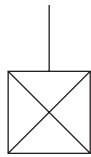
Alcoholico



Cuidador principal



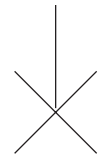
Embarazo



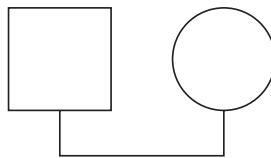
Parto con feto muerto



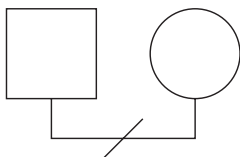
Aborto Espontáneo



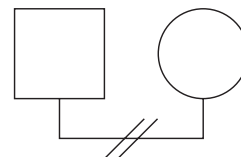
Aborto Provocado



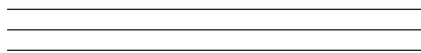
Matrimonio



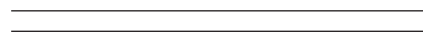
Separación



Divorcio



Muy unidos y fusionados



Unidos



Pobre o conflicto



Unidos y conflicto



Distantes



Apartados o separados

Antes de comenzar a construir el genograma habría que explicarle al paciente y familia en qué consiste y hacerle entender el motivo por el cual le hacemos preguntas sobre su familia.

Para construir el genograma se hará una entrevista individual o familiar en la que se recogerá la información de forma estructurada y metódica pero intentando crear un ambiente de confianza.

Se deben recoger datos sobre al menos tres generaciones.

### INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA:

La lectura del genograma debe ser ordenada y metódica pero teniendo en cuenta que la interpretación final es la visión de todo el conjunto. Los ítems a evaluar son:

- Estructura familiar.
- Ciclo vital familiar.





# ANEXO 5.5

## Clasificación adaptada de Carter y McGoldrick (erv)

Etapas del Ciclo Vital Familiar	Tareas para el Desarrollo
Abandonando el hogar	Autodiferenciación de la familia de origen
	Desarrollo de relaciones personales
	Estabilidad laboral
Formación de la pareja	Compromiso para comenzar una relación
	Redefinición de las relaciones con la familia extensa incluyendo a la pareja
Embarazo y parto	Aceptación de niño en la familia
	Conseguir ser padres sin dejar de ser esposos
Familia con niños pequeños	Formación del equipo parental
	Negociación de las relaciones con la familia extensa incluyendo el papel de padres y el de abuelos.
Familia con adolescentes	Modificación de la relación padres/hijos permitiendo al adolescente moverse dentro y fuera del sistema.
Adulto joven y edad media de la vida	Reenfoque de los asuntos maritales a profesionales
	Afrontar las incapacidades y muertes en/de los abuelos
	Afrontar el propio envejecimiento y mortalidad
Contracción de la familia	Mantener el funcionamiento a pesar del declive psicológico
Muerte y duelo	Afrontar la pérdida del esposo, hermanos y sistemas alternos
	Preparación para la propia muerte



# ANEXO 5.6

## Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes

**Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.**

1. Muerte del cónyuge	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo
2. Divorcio	24. Hijo o hija que deja el hogar
3. Separación matrimonial	25. Problemas legales
4. Encarcelación	26. Logro personal notable
5. Muerte de un familiar cercano	27. La esposa comienza o deja de trabajar
6. Lesión o enfermedad personal	28. Comienzo o fin de escolaridad
7. Matrimonio	29. Cambio en las condiciones de vida
8. Despido del trabajo	30. Revisión de hábitos personales
9. Paro	31. Problemas con el jefe
10. Reconciliación matrimonial	32. Cambio de turno o de condiciones laborales
11. Jubilación	33. Cambio de residencia
12. Cambio de salud de un miembro de la familia	34. Cambio de colegio
13. Drogadicción y/o alcoholismo	35. Cambio de actividad de ocio
14. Embarazo	36. Cambio de actividad religiosa
15. Dificultades o problemas sexuales	37. Cambio de actividades sociales
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	38. Cambio de hábito de dormir

17. Reajuste de negocio	39. Cambio en el número de reuniones familiares
18. Cambio de situación económica	40. Cambio de hábitos alimentarios
19. Muerte de un amigo íntimo	41. Vacaciones
20. Cambio en el tipo de trabajo	42. Navidades
21. Mala relación con el cónyuge	43. Leves transgresiones de la ley
22. Juicio por crédito o hipoteca	

Nº de AVE=

Puntuación=

Cuestionario es autoadministrado y se trata de que el encuestado rellene con un círculo el número o números que corresponde / en al/ los acontecimiento/ s que haya padecido en el último año. La puntuación del test se realiza sumando la puntuación que corresponde a cada suceso según la siguiente tabla:

<b>ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES</b>	
1. Muerte del cónyuge:	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	65
4. Encarcelación	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Despido del trabajo	47
9. Paro	47
10. Reconciliación matrimonial	45
11. Jubilación	45
12. Cambio de salud de un miembro de la familia	44
13. Drogadicción y/ o alcoholismo	44
14. Embarazo	40
15. Dificultades o problemas sexuales	39
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
17. Reajuste de negocio	39
18. Cambio de situación económica	38
19. Muerte de un amigo íntimo	37
20. Cambio en el tipo de trabajo	36
21. Mala relación con el cónyuge	35
22. Juicio por crédito o hipoteca	30
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
24. Hijo o hija que deja el hogar	29
25. Problemas legales	29
26. Logro personal notable	28

27. La esposa comienza o deja de trabajar	26
28. Comienzo o fin de la escolaridad	26
29. Cambio en las condiciones de vida	25
30. Revisión de hábitos personales	24
31. Problemas con el jefe	23
32. Cambio de turno o de condiciones laborales	20
33. Cambio de residencia	20
34. Cambio de colegio	20
35. Cambio de actividades de ocio	19
36. Cambio de actividad religiosa	19
37. Cambio de actividades sociales	18
38. Cambio de hábito de dormir	17
39. Cambio en el número de reuniones familiares	16
40. Cambio de hábitos alimenticios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidades	12
43. Leves transgresiones de la ley	11
<p>Con esta información se completa el impreso anterior. En la casilla superior se introduce el número del AVE. En la casilla inferior se introduce la puntuación sumada. En algunos acontecimientos como "Vacaciones" o "Navidades" surgirán posiblemente dudas, a lo que se responderá diciendo que lo marquen si es que supuso o ha supuesto algún tipo de estrés, sin más.</p>	

## **ANEXO 5.7**

# **Guión estudio de la situación global del cuidador principal**

### **GUIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LA PERSONA QUE EJERCE COMO CUIDADORA PRINCIPAL.**

- Lugar y composición de su unidad de convivencia
- Residencia con / distinta al paciente
- Actividades y responsabilidades además de cuidar al paciente:
  - Familiares
  - Laborales
  - Cuidado de menores // otra persona dependiente
  - Ocio y tiempo libre
- Tiempo diario que emplea en las tareas de cuidado
- Tiempo que lleva cuidando
- Apoyos que recibe en la tarea cuidadora:
- Identificación del cuidador/res secundario/s
- Vivencia de la función cuidadora





# ANEXO 5.8

## Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

### ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR. CUESTIONARIO DE ZARIT

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue diseñada por este autor para valorar de la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador/a principal de pacientes con demencia. Se encuentra validada en nuestro medio por Martín y cols. Se trata de un instrumento autoaplicado de 22 ítems, que exploran los efectos negativos sobre la cuidadora/dor en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

El enfoque de la evaluación de la sobrecarga en el cuidador que hace Zarit se fundamenta en los presupuestos de la Teoría general del estrés, el cuidador debe enfrentarse con factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve distorsionada por el impacto emocional y la posible utilización de soporte familiar y estrategias de manejo.

### PUNTUACIÓN

- 0 Nunca
- 1 Rara
- 2 Algunas veces
- 3 Bastantes veces
- 4 Casi siempre

### VALORACIÓN

- < 46 No sobrecarga
- 47 a 55-56 Sobrecarga leve
- 55-56 Sobrecarga Intensa

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.

Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre.

A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					



# ANEXO 5.9

## Distribución de las actividades y responsabilidades de cuidado

### DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES // RESPONSABILIDADES DE CUIDADO	QUIEN	TIEMPO
Higiene personal del enfermo/a		
Alimentación del enfermo/a		
Cambios posturales		
Administración de medicación		
Trasferencia cama-sillón		
Ejercicios físicos / cognitivos		
Higiene doméstica		
Compras		
Elaboración de comidas		
Gestiones: acudir al médico, banco, farmacia, relaciones con las admones, etc.		



# ANEXO 5.10

## Cuestionario

### Apgar Familiar de Smilkstein

#### **FUNCIONALIDAD DE LA RED**

El Cuestionario APGAR FAMILIAR fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

En comparación con otras escalas similares presenta la gran ventaja de su reducido nº de ítem y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols.

Se trata de un cuestionario que puede ser administrado tanto por el entrevistador como directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones con tres posibles respuestas cada una.

Es una herramienta útil para detectar la disfunción familiar.

#### **PUNTUACIÓN**

- 0 Casi Nunca
- 1 A Veces
- 2 Casi siempre

#### **VALORACIÓN**

- *Normofuncionales de 7 - 10 puntos*
- *Levemente disfuncional 3 - 6*
- *Gravemente disfuncional 0 - 2*

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema ?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
¿ Siente que su familia le quiere ?			



# ANEXO 5.11

## Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social

### DESCRIPCIÓN

El cuestionario MOS de apoyo social fue desarrollado por Sherbourne y Cols en 1.991, a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un seguimiento a dos años de pacientes con patologías crónicas. Los elementos del test fueron seleccionados de forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso.

Existen evidencias de que la disponibilidad de ayuda o apoyo social tiene efectos beneficioso sobre el estado de salud. Por este motivo, en el curso de las enfermedades crónicas debería considerarse al influencia del apoyo social.

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social ) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante y es multidimensional: emocional (amor , empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre.

El centralizar el análisis en la percepción de ayuda, como hace este cuestionario, se justifica por el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.

Versión validada en nuestro medio por Luis de la Revilla Ahumada

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 2 ítems. El primero valora apoyo estructural y le resto apoyo funcional. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que ese pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems, 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20).

También se puede obtener una puntuación total, menos recomendada que las parciales por los autores.

## **INTERPRETACIÓN**

Las puntuaciones pueden darse de forma cruda o normalizada. En la forma normalizada el rango para cada subescala y para la puntuación total es de 0 a 100. En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son: 19- 95 para puntuación total, 8- 40 para apoyo emocional, 4- 20 para apoyo instrumental y para interacción social positiva y 3- 15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido.

Los autores en su trabajo original no recomiendan puntos de corte, pero en nuestro medio hemos visto utilizarlos. Así se han empleado 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo.

A pesar de que el modelo multidimensional de apoyo social defendido por los autores es aceptado por otros, algunos consideran que los distintos factores se encuentran tan interaccionados que no pueden separarse entre sí.

El modelo multidimensional de apoyo social defendido por los autores, en ocasiones ha sido criticado. Inicialmente, la escala fue diseñada para su uso en pacientes crónicos, debiendo valorarse su utilidad en población general.

## **PUNTUACIÓN**

- INDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL .....
- APOYO EMOCIONAL.....
- APOYO INSTRUMENTAL .....
- INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA: .....
- APOYO EFECTIVO .....
- Nº AMIGOS ÍNTIMOS .....
- Nº FAMILIARES CERCANOS .....

## LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL APOYO O AYUDA DE QUE UD. DISPONE

### 1.-Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?

Nº de amigos íntimos: \_\_\_\_\_ Nº de familiares cercanos: \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?. Elija según los siguientes criterios:

**A: Nunca B: Pocas veces C: Algunas veces D: La mayoría de las veces E: Siempre**

	A	B	C	D	E
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					



# ANEXO 5.12

## Guión entrevista cuidados formales (utilización de recursos sociales)

### GUIÓN PARA EL ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS (CUIDADORES FORMALES)

- Tipo de recurso // servicio:

SAD	Tele- asistencia	Comida a Domicilio	Lavandería a Domicilio	ATR	Voluntariado	Centro de día	Otros
-----	---------------------	-----------------------	---------------------------	-----	--------------	------------------	-------

- Titularidad
- Periodicidad y horario
- Coste mensual
- Identificación del profesional / cuidador formal
- Satisfacción con los servicios recibidos



## ANEXO 5.13

### Guión para el estudio del habitat

#### ESTUDIO DEL HABITAT:

Tipología:

Sin domicilio	
Piso	
Vivienda unifamiliar/casa	
Pensión	
Chabola	
Casa Prefabricada / Caravana	
Institución (residencia, ...)	
Otros	
NS / NC	

Régimen de tenencia:

En propiedad	
Compra. totalmente pagada	
Compra, con pagos pendientes	
Herencia	
En Alquiler	
Cedida	
Otras formas (vivienda social, sin vivienda, etc...)	

**EQUIPAMIENTO:**

## 1.1 Básico

Agua corriente	
Electricidad	
Agua caliente	
W.C.	
Gas	
Teléfono	
Frigorífico	
Lavadora automática	
Calefacción y tipología	

## 1.2. Especial

Baño adaptado	
Ayudas técnicas	
Especificar...	

**HABITABILIDAD:**

## 1.3 Hacinamiento

Nº de habitaciones	
Nº de personas convivientes	
Nº de camas	
¿cuarto propio para la persona inmobilizada?	

## 1.4. Ventilación

Nº de habitaciones sin ventanas exteriores (relacionarlo con el número total de habitaciones)	
--	--



## 1.5. Humedad

Si (sin especificar extensión)	
No	

## 1.6. Higiene / Limpieza

Impresión del profesional	
---------------------------	--

**BARRERAS ARQUITECTÓNICAS**

En propiedad	
En el interior de la vivienda	
- Baño	
- Acceso a dependencias	
- Otras	

## Animales

Domésticos	
De producción	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

