



Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria

Apoyo
social

Mediación

Diagnóstico
social

Coordinación

Educación
sanitaria

Trabajo
en red

Asesoramiento

Gestión
de
recursos

Información

—

**Trabajo Social Sanitario
en Atención Hospitalaria**

—

**Organización y Funcionamiento de la
Unidad de Trabajo Social Hospitalaria**



Servicio
Extremeño
de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Título: Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria. Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.

Autores: Concepción Viñuela Villa, Soledad Alonso Pérez, M.^a. José Corvo Mendoza, Felisa González Casatejada, Juana M^a Jiménez Fernández y Nuria Paniagua Paredes.

Edita: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Maquetación e impresión: Industria Gráfica Igraex, S.L.

Depósito Legal: BA-000452-2020

Índice

01. Prólogo	09
02. Relación de autoras	11
03. Introducción	13
04. Marco legal y planificador	15
05. Conceptualización del Trabajo Social Sanitario	19
06. Antecedentes históricos del Trabajo Social Sanitario en hospitales.....	21
07. Objetivos y funciones del Trabajador Social Sanitario	23
08. Estructura organizativa y funcional de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.....	29
09. Grupos por tipología de personas usuarias susceptibles de recibir atención en la Unidad de Trabajo Social Hospitalario	33
10. Cartera de servicios de la Unidad de Trabajo Social Hospitalario.....	35
11. Anexo: Protocolos de actuación de los profesionales de Trabajo Social Sanitario en el Ámbito Hospitalario	47
12. Bibliografía.....	131

01 Prólogo

El Trabajo Social Sanitario es una parte imprescindible de cualquier servicio de salud si se pretende dar una atención sanitaria integral. Los determinantes sociales condicionan el bienestar de las personas, la aparición de la enfermedad, su pronóstico y las posibilidades de curación o rehabilitación.

El Trabajo Social Sanitario Hospitalario tiene una serie de connotaciones que lo asemejan a la atención sanitaria de ese mismo ámbito, puesto que la intervención se produce en momentos críticos para la persona y su familia. En muchas ocasiones se producen cambios drásticos en las capacidades, transitorios o permanentes, que requieren de la movilización de nuevos recursos asistenciales según las necesidades y preferencias de la persona usuaria. Pero casi tan importante como esto, es la labor de apoyo psicosocial para poder afrontar los cambios.

En otras ocasiones, es en el hospital donde se hacen visibles las carencias y el riesgo social, por lo que es fundamental que todas las personas que intervengan en el proceso asistencial del paciente puedan derivar a estas Unidades de Trabajo Social Hospitalario (UTSH) para la valoración, diagnóstico e intervención social que permita paliar la situación de necesidad.

Este documento de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social Hospitalario recoge en sus distintos apartados la normativa que regula y conceptualiza el trabajo social, los objetivos y funciones de las y los profesionales, define la población diana objeto de atención social y pormenoriza la cartera de servicios con la que se pretende homogeneizar las prestaciones que la Unidad de Trabajo Social Hospitalario debe garantizar a la persona usuaria y a la familia. Además, una parte muy importante del documento son los distintos protocolos de actuación ante las diferentes situaciones de riesgo social, que han supuesto un gran esfuerzo para sus autoras, siendo una guía muy importante para dar a conocer a todos las y los profesionales sanitarios los procedimientos de actuación ante su aparición.

No se entiende el Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario sin la necesaria continuidad asistencial con el Trabajo Social de Atención Primaria, con quien se deben compartir objetivos y procedimientos, convirtiendo siempre a la persona en el centro de toda la actuación, realizándose también la función de coordinación

con los Servicios Sociales de Atención Social Básica, los Servicios Sociales Especializados y las Entidades del Tercer Sector.

Sólo queda agradecer a las autoras el esfuerzo realizado por este magnífico trabajo con el que satisfacemos la deuda que el Servicio Extremeño de Salud tenía con el trabajo social hospitalario, dado que era de las pocas categorías profesionales que no disponían de un documento de estas características. Junto a la incorporación reciente del acceso a la Historia Social y a las nuevas tecnologías de comunicación que se están desarrollando, confiamos en que sea una herramienta útil para que las y los profesionales puedan desarrollar más adecuadamente su trabajo y las personas usuarias y sus familiares se beneficien de ello.

D. Vicente Alonso Núñez
Director General de Asistencia Sanitaria
Servicio Extremeño de Salud

► Coordinadora del grupo:

Concepción Viñuela Villa. Trabajadora Social Sanitaria.

Responsable de Atención Sociosanitaria y Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicios Centrales. Servicio Extremeño de Salud. Mérida.

► Grupo de Trabajo:

Soledad Alonso Pérez.

Trabajadora Social Sanitaria del "Hospital Virgen de la Montaña". Cáceres.

M^a. José Corvo Mendoza.

Trabajadora Social Sanitaria del "Hospital Universitario de Badajoz". Badajoz.

Felisa González Casatejada.

Trabajadora Social Sanitaria del "Hospital Siberia-Serena". Talarrubias.

Juana M^a Jiménez Fernández.

Trabajadora Social Sanitaria del "Hospital San Pedro de Alcántara". Cáceres.

Nuria Paniagua Paredes.

Trabajadora Social Sanitaria del "Hospital de Mérida". Mérida.

► Revisores Externos:

Colegio Oficial de Trabajo Social de Badajoz.

Colegio Oficial de Trabajo Social de Cáceres.

Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

► Agradecimiento:

Especial dedicatoria a la compañera **Soledad Alonso Pérez**, que hasta los últimos días previos a su jubilación estuvo trabajando en este documento. Muchísimas gracias por ser ejemplo de profesionalidad, disponibilidad y buen trato en las relaciones interprofesionales.

ENFOQUE DE GÉNERO

En la elaboración del presente protocolo, con el fin de evitar los usos sexistas del lenguaje, se han seguido las recomendaciones recogidas en la “Guía de lenguaje no sexista en la Administración Pública en Extremadura” publicada en febrero de 2019.

03

Introducción

La atención a los factores psicosociales y el tratamiento de los problemas psicosociales es una exigencia básica en la atención integral de la salud. *"La integración en el ámbito hospitalario del profesional de Trabajo Social Sanitario, supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/ problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes sociofamiliares que se producen como consecuencia de la pérdida de la salud y estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/ o familiares en la atención individual y la toma de decisiones terapéuticas"*.

(Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. 2000)¹.

La intervención social sanitaria es una herramienta que favorece el cambio de la persona y de su red social respecto a los problemas o dificultades originados por la enfermedad y el ingreso hospitalario.

Este documento pretende ser un mapa de ruta para guiar el Trabajo Social Sanitario en la atención hospitalaria, con una cartera de servicios común y el reconocimiento de las Unidades de Trabajo Social Hospitalaria como servicio central con entidad y metodología propias. La naturaleza multidimensional de la intervención social convierte a las y los profesionales de Trabajo Social Sanitario en responsables de la gestión de casos sociales sanitarios por excelencia, garantizando a toda persona, grupo y comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades, especialmente para aquellos que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social, tal como se indica en el artículo 17 del Código Deontológico de Trabajo Social de 2012.

La estructura del documento está formada por cuatro partes, la primera de ellas trata de encuadrar el marco legal y planificador, conceptualizar el Trabajo Social Sanitario y realizar un breve recorrido histórico. La segunda parte indica los objetivos y funciones de la figura profesional del Trabajo Social Sanitario en el ámbito

¹. Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Año 2000, página 12.

hospitalario y establece la organización funcional de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria. En la tercera parte se identifica a los grupos poblacionales susceptibles de atención social y por último la cuarta parte presenta la Cartera de Servicios de la Unidad de Trabajo Social Hospitalario, con un anexo donde se incluyen los protocolos de actuación del Trabajo Social Sanitario en los hospitales del Servicio Extremeño de Salud. **La Constitución Española de 1978, en su artículo 43**, "reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios".

- **Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.** Universaliza el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 de la Constitución. Recoge que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias deben orientarse tanto a la promoción de la salud global, como a promocionar el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población. La ley dispone que es preciso desarrollar actuaciones dirigidas a la prevención de enfermedades y no sólo a su curación, así como garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social.
- **La Ley 10/2001, 28 de junio de Salud de Extremadura** establece un nuevo marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, definiendo el Sistema Sanitario Público como parte del Sistema Nacional de Salud, y la creación del Servicio Extremeño de Salud, organismo autónomo encargado de la provisión de asistencia sanitaria de Extremadura.
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios, y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.
- **Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.** En su exposición de motivos establece *“acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad, y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”*. En el art 14, define la prestación de atención sociosanitaria *“como el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas, con enfermedades, generalmente crónicas, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y energética de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*.

- **Ley 3/2005, de 8 de Julio**, de información sanitaria y autonomía del paciente, con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, intimidad y el principio de autonomía, en un marco que potencia la participación activa de los ciudadanos, profesionales, y de las instituciones sanitarias para la consecución de una mejora continua de la atención sanitaria.
- **Decreto 92/2006, de 16 de mayo**, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura, que tiene por objeto establecer el modelo general de atención y actuación de los dispositivos y servicios de prevención, promoción de la salud, asistencia, rehabilitación y reinserción social, que intervienen en la atención a la salud mental.
- **R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre**, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. Expone que se debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada al usuario, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento.
- **La Ley 39/2006, de 14 de diciembre**, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, reconoce un derecho universal y subjetivo de la ciudadanía que garantiza atención y cuidado a las personas dependientes. Valora la necesidad de apoyo y supervisión y establece los mecanismos para asegurar una correcta atención a las necesidades de las personas.
- **Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Comunidad Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad**.
Esta ley ahonda en el modelo social de la discapacidad dando un impulso reformador en el sentido de salvaguardar los derechos de las personas, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos de la vida, avanzando hacia la autonomía personal institucionalizada y garantizando la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva.

Marco Planificador

- **Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010**. Consolida el servicio público de atención sociosanitaria, contemplando la necesidad de atender los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.
- **Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura 2007**. Considerado como la estrategia regional para el abordaje integral de la demencia, incluye el modelo de actuación social y la guía de atención social en la demencia degenerativa.

- **Plan de Atención al Ictus en Extremadura 2011.** Aborda la promoción de la salud, prevención primaria, detección precoz y manejo clínico de la fase aguda del Ictus, prevención secundaria, seguimiento, rehabilitación, atención a la dependencia, formación e investigación.
- **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 27 de junio de 2012.** Recoge que: *“La intervención social es clave con el fin de mantener a los pacientes en las mejores condiciones posibles, procurándoles a ellos y a su entorno el soporte social adecuado en cada situación. Los profesionales de Trabajo Social Sanitario son responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a otros recursos sociosanitarios”*. Entre las recomendaciones incluidas señala que se debe *“Garantizar la valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social) y multidisciplinar de las necesidades de los pacientes, con especial énfasis en la valoración de la red de apoyo socio familiar”*.
- **Plan de Salud de Extremadura 2013/2020.** Es el instrumento estratégico superior de planificación y coordinación sanitaria de la Comunidad Autónoma, recogiendo las principales propuestas referidas a la política sanitaria y social. Apuesta por la creación de una red coordinada de atención sanitaria y social.
- **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016–2020.** Presenta una red transversal, multidisciplinar y necesaria, amparada en la evidencia de los modelos comunitarios y la recuperación en Salud Mental con atención específica a la atención infanto-juvenil y a poblaciones vulnerables: discapacidad intelectual, mujeres víctimas de violencia de género, patología dual, población con medidas judiciales y menores infractores.
- **Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura 2017-2022.** Establece las siguientes áreas estratégicas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica, atención a la persona con enfermedad crónica y atención a la persona con enfermedad crónica compleja, desde un enfoque integral e integrador.
- **Plan Integral Contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021.** Destaca las siguientes áreas de intervención: Protección y promoción de la salud y prevención del cáncer. Asistencia al cáncer en adultos. Asistencia al cáncer infantil y juvenil. Calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias. Instrumentos de apoyo a la atención del cáncer, formación, investigación y sistemas de información.
- **Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2015- 2021.** Indica tres ejes estratégicos a tratar: La ciudadanía, los pacientes y sus familias; los profesionales y la calidad y mejora de la orientación, gestión y funcionamiento de Sistema Sanitario Público de Extremadura.

05

Conceptualización del Trabajo Social Sanitario

El Trabajo Social Sanitario en The Social Work Dictionary es definido como “*la práctica del Trabajo Social que se produce en los hospitales y otros centros de atención a la salud, cuyo objetivo es facilitar la buena salud, prevenir enfermedades, y ayudar a los pacientes físicamente y a sus familias, a resolver los problemas sociales y psicosociales relacionados con la enfermedad. El Trabajo Social en el ámbito sanitario también sensibiliza a otros profesionales de la atención sanitaria acerca de los aspectos psicosociales de la enfermedad*”.

La Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada publicada por el INSALUD² (2000), define el Trabajo Social en el campo de la salud como “*la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales 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*”.

Entre otras definiciones reconocidas por el Trabajo Social Sanitario se indica que es “*la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud – enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas*” (Ituarte A. 1992)³.

Y ajustando la definición del Trabajo Social Sanitario en Atención Especializada es el “*conjunto de técnicas y disciplinas aplicadas por el Trabajador Social Sanitario del hospital a través de las cuales: recaba información, estudia, interpreta, construye el diagnóstico social sanitario, pauta el plan de trabajo, trata y gestiona los problemas sociales de las personas atendidas en cualquiera de sus áreas*” (Colom D.2008)⁴.

2. Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Año 2000, página 12.

3. Ituarte Tellaeché, A. Procedimiento y proceso en el Trabajo Social Clínico. Siglo XXI. 1992.

4. Colom Masfret, Dolors. El Trabajo Social Sanitario. Página 103.

En los orígenes del Trabajo Social en hospitales, se encuentra la figura del “*hospital almoner*” en el Royal Free Hospital de Londres en el año 1895. Desde ese momento, las “*social almoners*” empezaban a formar parte de los hospitales ingleses, y posteriormente en el año 1905 los hospitales contaban ya con esta figura. Éstas pueden considerarse las precursoras de las actuales trabajadoras y trabajadores sociales en el ámbito hospitalario.

En Estados Unidos, el Trabajo Social Sanitario aparece junto al Dr. Richard Clarke Cabot, quien contrató la primera Trabajadora Social con el fin de complementar el diagnóstico médico con la situación social y económica de las y los pacientes, a la vez que se encargaba de movilizar los recursos de la comunidad para que las personas enfermas pudiesen realizar el tratamiento, fundando junto a Ida M. Cannon el Departamento de Trabajo Médico Social en el General Massachusetts Hospital en 1905.

Mary Ellen Richmond, considerada como pionera del Trabajo Social Sanitario estadounidense y autora de varias obras: “*El diagnóstico social*” (1917) y “*Caso Social Individual*” (1922), señalaba al Trabajador Social Hospitalario como el “*intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población*”.

En España, el Hospital Provincial de Madrid fue el primer hospital que estableció un Servicio Social Sanitario en el año 1950. A partir de entonces se fueron incorporando a las plantillas hospitalarias profesionales del Trabajo Social Sanitario en distintos hospitales del extinguido Instituto Nacional de Previsión (después INSALUD).

En 1964 se configuró el Servicio de Asistencia Social de la Ciudad Sanitaria de La Paz y de la Clínica Puerta de Hierro en Madrid.

En la Comunidad Autónoma de Extremadura se establecen las primeras plazas de Trabajadores Sociales en 1971, en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de las Diputaciones Provinciales (Hospital San Sebastián en Badajoz y Hospital Nuestra Señora de la Montaña en Cáceres. 1972).

En 1977 el Instituto Nacional de Previsión, en la circular 28/1977, definía cuales eran las funciones de la figura profesional del Trabajo Social en los Hospitales, con sus jefaturas correspondientes, que dependían de la Dirección Gerencia.

Asimismo en el RD 521/1987 por el que se aprueba el “Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud”, y donde se regula la Junta Técnico Asistencial, como órgano de participación y asesoramiento a la Dirección del centro, se incluye la figura del profesional de Trabajo social como una de las personas que lo componen.

Durante los años 1987 y 1989 se realiza una incorporación generalizada de Trabajadoras y Trabajadores Sociales en Hospitales Generales de Extremadura.

Posteriormente, fue aprobado el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre “Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud”, cuya disposición adicional cuarta establecía lo siguiente: “*La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales*”. Con esto, se hacía necesaria la presencia del Trabajo Social en los diferentes niveles de atención sanitaria: primaria y especializada.

En el año 2000, la Subdirección General de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud, presentó en colaboración con el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social la “Guía de Organización del Trabajo Social en Atención Hospitalaria”, con la finalidad de homogeneizar registros, evaluar objetivos comunes y alcanzar una gestión eficiente de los recursos y una asistencia de calidad a las y los pacientes, en lo que respecta al ámbito social, donde se indica que : “*cada hospital deberá disponer de un Servicio de Trabajo Social...*”, estableciendo la cartera de servicios y una estructura organizativa y funcional.

Al asumir la Comunidad Autónoma de Extremadura las competencias en salud en 2001-2002, se propuso un nuevo modelo organizativo del Trabajo Social Sanitario, y en noviembre de 2005 se presentó el informe “*El Trabajo Social en el Servicio Extremeño de Salud*” donde se analizaba la situación del colectivo y se realizaba una propuesta global de mejoras. En 2007 se editaron la “Guía de Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria” y “Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Salud Mental”, quedando pendiente el abordaje del Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria.

Actualmente el Servicio Extremeño de Salud dispone de Trabajadoras y Trabajadores Sociales en toda la red de hospitales públicos, respondiendo así al enfoque integral de la atención sanitaria.

Los objetivos del Trabajo Social Sanitario para satisfacer las demandas de las instituciones sanitarias quedan definidos mediante los siguientes criterios⁵:

- Identificar y evaluar los factores sociales que inciden en el proceso de salud - enfermedad de las personas.
- Intervenir en las necesidades y problemas sociales que aparecen en el proceso de salud- enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a los problemas sociales, como si éstos se producen a consecuencia de la situación de enfermedad.
- Contribuir en la optimización y el buen uso de los servicios sanitarios.
- Colaborar en los programas de promoción y prevención de la salud con la población en general y / o con colectivos específicos, ya sea dentro de las instituciones o en programas interdepartamentales, aportando los activos sociales que puedan convertirse en activos de salud en función de los objetivos del programa.

Desde la perspectiva bio-psico-social de la salud, el profesional de Trabajo Social Hospitalario, en estrecha colaboración con el resto del personal sanitario, desempeña una función básica en la detección precoz de problemas o dificultades sociales, de diagnóstico y tratamiento de los mismos y de coordinación con los dispositivos sanitarios, con los servicios sociales y con otros sistemas de protección; haciendo realidad el concepto global de la salud, que tiene en cuenta los trastornos orgánicos, los aspectos psicológicos y el contexto social donde se desarrolla la vida de cualquier persona.

Las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario son las siguientes:

5. Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2007). "Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario". Página 14.

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.
- Valoración y detección de situaciones y grupos de riesgo en colaboración con el resto de los/las profesionales, analizando los factores sociales que inciden en el proceso de salud.
- Elaboración del diagnóstico social sanitario.
- Planificación de un tratamiento psicosocial continuado integrado en el plan de acción personalizado que conlleva:
- Potenciación de los recursos personales, trabajando con las fortalezas de las personas y sus familias, fomentando la auto-responsabilidad en la resolución de su problemática.
- Orientación, asesoramiento y apoyo psicosocial a familias, individuos y grupos.
- Información al usuario de los derechos y deberes respecto a su salud.
- Información sobre prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios existentes.

Función de Prevención y Promoción de la Salud

Contribuir a disminuir el riesgo de enfermar o las consecuencias que se pueden derivar de la enfermedad, mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

► **Actividades:**

- Conocimiento y análisis de los factores sociales de riesgo.
- Intervenciones programadas por protocolos y procesos asistenciales junto con el resto del equipo interdisciplinar, aportando contenidos psicosociales y aspectos metodológicos.
- Detección de factores de riesgo social y atención a grupos de especial vulnerabilidad.
- Diseño, desarrollo y evaluación de actividades de educación sanitaria y de promoción de la salud con el resto de los miembros del equipo asistencial.

Función de Investigación

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:**

- Participación en la elaboración del diagnóstico de salud (condiciones sociosanitarias, medio-ambientales y culturales).
- Evaluación de la actividad profesional.
- Investigación social.
- Participar en investigaciones interdisciplinares.

Función de Coordinación y Participación Comunitaria

Optimizar los recursos y desarrollar actuaciones de coordinación intra e interinstitucional, especialmente frente a situaciones o problemáticas socio sanitarias. La figura profesional del Trabajo Social Sanitario constituye el enlace entre el paciente, la familia, la comunidad y es el profesional de referencia de la coordinación sociosanitaria entre los servicios de salud, servicios sociales y sociosanitarios.

► Actividades:

- Contacto y coordinación con instituciones de la comunidad: educación, servicios sociales, justicia, vivienda y entidades del tercer sector.
- Establecimiento de canales de interconsulta permanente con el equipo clínico asistencial.
- Participación en reuniones periódicas de evaluación y coordinación del equipo clínico asistencial.
- Establecimiento de protocolos de actuación y derivación con instituciones y asociaciones.
- Establecimiento de reuniones y/o contacto de coordinación con los Trabajadores Sociales de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Equipos de Conductas Adictivas, Servicios de Atención Social Básica, Servicios Sociales Especializados y otros sistemas de protección social para facilitar el seguimiento de los casos.
- Participación en comisiones sociosanitarias y otros órganos de participación.
- Participación en la captación y formación de agentes de salud y voluntariado.
- Atención a las demandas surgidas en los grupos, instituciones u organizaciones de la comunidad.
- Refuerzo de la acción comunitaria y de participación de la comunidad.
- Conocimiento de los recursos asociativos de la zona/áreas y sus actividades.

Función de Planificación

Es la acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma.

► Esta función se puede desarrollar a dos niveles:

- **Nivel micro social, que comprende el diseño de intervenciones sociales y tratamientos sociales dentro de un proyecto de intervención social.**
- **Nivel macrosocial, que comprende el diseño de programas y servicios de atención social.**

Función de Mediación

En la función de mediación la figura del Trabajo Social actúa como catalizador, posibilitando la unión de las partes implicadas en un conflicto motivado por la enfermedad, con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo.

► Actividades:

- Explicar las características y reglas de funcionamiento del proceso mediador, creando un ambiente de confianza.
- Explicitar la neutralidad e imparcialidad del profesional, realzando el protagonismo de las partes en el proceso.
- Analizar las situaciones desde todos los ángulos con las partes implicadas, clarificando la demanda y favoreciendo que las partes manifiesten el interés en resolver el conflicto.
- Contextualizar el conflicto, englobando las historias narradas de cada parte (objetivos que se plantean, lo que es y no negociable, que está dispuesta a hacer cada parte...).
- Redefinir el problema, enfocando los puntos relevantes y legitimando las necesidades de cada parte.
- Cambiar la perspectiva de las personas implicadas, potenciando la comprensión entre las partes.
- Favorecer la creación de opciones, partiendo de problemas concretos en lo que no existe desacuerdo, aportando cada parte las posibles soluciones para llegar a acuerdos.
- Redactar un acuerdo firmado por las partes facilitando copia a cada una de las implicadas en el proceso.
- Establecer la forma de revisión del acuerdo si ambas partes así lo decidiesen.

Función de Evaluación

Contrastar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempos empleados.

► Actividades:

- Medición de resultados y de la complejidad de la intervención social.
- Indicación de los errores y disfunciones en lo realizado que permitan proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos.

Función de Formación y Docencia

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 actividades de docencia pre y postgrado de profesionales de Trabajo Social Sanitario y otros profesionales de la salud.

Población diana

La Unidad de Trabajo Social Hospitalaria es un servicio central y especializado que atiende a la población adscrita al hospital, especialmente a aquellas personas que presenten riesgo social o problemática social instaurada (ingresadas en las unidades de hospitalización, atendidas en consultas externas, hospital de día y en el servicio de urgencias), así como a sus familiares. De cada área hospitalaria conoce y considerará las características propias y dentro de ellas las intervenciones más comunes que definirán los protocolos a seguir.

El eje de la atención será la persona y la familia. Se ofrecerá una asistencia personalizada que garantizará los principios y valores que han de guiar el ejercicio profesional tal como se recoge en el Código Deontológico de Trabajo Social.

Organigrama

La Unidad de Trabajo Social Sanitario en hospitales dependerá de la Dirección Asistencial del centro hospitalario. Dicha Unidad será reconocida como servicio central con autonomía propia que da soporte a todos los servicios asistenciales y que se relaciona funcionalmente con todas las direcciones. Figurará en el organigrama del centro hospitalario con la correspondiente jefatura del servicio, con perfil de Trabajadora o Trabajador Social.

Criterios Organizativos

La dotación de las Unidades de Trabajo Social Sanitario de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Extremadura estará condicionada por las necesidades de la población que atiende, así como de las características y organización de cada centro hospitalario.

Las competencias y organización de la Unidad de Trabajo Social Sanitario estarán en función de los servicios que el propio hospital establezca en su cartera de servicios.

La intervención del Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario se llevará a cabo a través de dos modelos:

► Consulta de atención social a demanda:

Definida como la atención social a toda persona que acuda a la Unidad de Trabajo Social Sanitario ya sea por iniciativa propia, por derivación de los servicios clínicos o por derivación de atención primaria o por servicios sociales u otros, en aras de la continuidad asistencial.

Esta modalidad de consulta la solicitarán:

- La persona usuaria.
- La familia de la persona usuaria, la persona cuidadora o persona de referencia.
- Profesionales que intervengan (por interconsulta, por indicadores de riesgo...).

Existirá un tramo horario específico para la consulta a demanda en la distribución de tiempos de la agenda de Trabajo Social Hospitalario.

► Consulta de atención social proactiva:

Esta modalidad de consulta es definida “*como la intervención social por programas, protocolos y procesos asistenciales de atención sistemática, en aquellos casos que presentan riesgo o problemática social o población diana definida según criterios de riesgo social en salud, definidos en la planificación del servicio*” (Definición de atención proactiva recogida en Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la AETSYS de 2017).

En los centros hospitalarios dotados de más de una Trabajadora o Trabajador Social Sanitario, se realizará una adscripción funcional de una figura profesional como referente de Trabajo Social Sanitario para cada servicio clínico.

Existirá una banda horaria específica para el desarrollo de la consulta programada.

Distribución de tiempos:

C. Demanda	Dos horas
C. Programadas	Tres horas
Reuniones: ▪ Equipo ▪ Sesiones	Una hora
Coordinación Interna y externa	
Registro y gestiones	Una hora

Criterios funcionales:

En coherencia con la organización general de los hospitales y la normativa existente, en las Unidades de Trabajo Social Hospitalario se debe disponer de una persona responsable de la unidad con funciones de gestión y planificación definidas.

Jefatura de la Unidad de Trabajo Social Sanitario

- Diplomado o Grado en Trabajo Social con la correspondiente colegiación en el Colegio Profesional Oficial de Trabajo Social.
- Dependencia de la Dirección Asistencial del área de salud.
- Asignación a tiempo parcial en la atención social directa siempre que las ocupaciones de gestión se lo permitan.

► Actividades de gestión y planificación:

- Desarrollo y evaluación de programas y protocolos de actuación en concordancia con la cartera de servicios y los documentos marcos aprobados por la dirección.
- Coordinación de los profesionales de Trabajo Social Sanitario.
- Gestión de la evaluación del Trabajo Social Sanitario desarrollado.
- Gestión del personal de Trabajo Social Sanitario.
- Desarrollo de planes de mejora.
- Elaboración de la memoria anual de la Unidad de Trabajo Social.
- Colaboración en la formación continuada.
- Coordinación de los planes de voluntariado y participación comunitaria.
- Colaboración con las facultades de Trabajo Social para la tutorización de estudiantes de Trabajo Social en periodo de prácticas pre-grado y post- grado.
- Representación del Trabajo Social Sanitario en foros, comités o entidades externas.
- Planificación y coordinación de iniciativas de Trabajo Social Sanitario que mejoren la situación de las personas usuarias.
- Diseño y desarrollo de carteras de servicios específicas.
- Diseño de protocolos de coordinación del Trabajo Social Sanitario en procesos asistenciales.
- Definición y contextualización de procesos de intervención social.

Profesionales de Trabajo Social Sanitario pertenecientes a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria

- Diplomado o Grado en Trabajo Social con la correspondiente inscripción en el Colegio Profesional Oficial de Trabajo Social.
- Dependencia de la persona Responsable de la Unidad de Trabajo Social Sanitario.
- Ejercicio de la actividad profesional conforme a las funciones definidas para el Trabajo Social Sanitario, ajustándose a la programación de la Unidad de Trabajo Social Hospitalario.
- Participación en el estudio y confección de protocolos de intervención social, procesos sociales, sanitarios y otros procedimientos.
- Actualización de la historia social de la persona usuaria y elaboración de los informes sociales que correspondan.
- Cumplimentación de los soportes documentales en relación a la actividad profesional.
- Asistencia y participación en reuniones/comisiones, tanto del equipo de trabajo como aquellas que le sean asignadas por la persona responsable de la Unidad de Trabajo Social.
- Participación en la elaboración de la memoria anual, proyectos de promoción de recursos e investigación.
- Colaboración en la docencia de pregrado y postgrado de cualquier disciplina.

A continuación se detallan los grupos poblacionales susceptibles de recibir atención por la Unidad de Trabajo Social en el contexto hospitalario, recogidos en el documento de Cartera de Servicios del Trabajo Social Sanitario elaborado por la Asociación Española de Trabajo Social Sanitario en 2017.⁶

► **Población en edad pediátrica que presenta el siguiente perfil:**

- Menores y adolescentes que presenten situaciones de vulnerabilidad detectados en los servicios de salud o en otros dispositivos asistenciales.
- Menores y adolescentes en riesgo social y sanitario.
- Menores en situación de desamparo.
- Menores en situación de renuncia legal por parte de sus padres.
- Menores con discapacidad, patologías crónicas o agudas ya sean físicas o como mentales.

► **Mujeres que presenten el siguiente perfil:**

- Mujeres embarazadas (menores de edad, en situación de riesgo social, demandantes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), con indicadores de riesgo social etc.)
- Mujeres en situación de vulnerabilidad social y/o de riesgo social (familias monoparentales en riesgo de exclusión social, mujeres solas sin red social en el entorno, etc.).

► **Anciano/a frágil o con complejidad sanitaria y/o social.**

► **Población con patología específica con el siguiente perfil:**

- Pacientes crónicos.
- Pacientes con TBC/VIH e indicadores de riesgo social.
- Pacientes con enfermedades raras.
- Pacientes con problemas de adicciones y consumo de tóxicos.

6. Asociación Española de Trabajo Social Sanitario 2017 “Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario”. Página 24-26.

- Pacientes con problemas de salud mental.
- Otros pacientes con patología específica.

► **Población con necesidades sociales específicas derivadas de las siguientes necesidades sanitarias:**

- Pacientes pre y post trasplantados.
- Pacientes en cuidados paliativos.
- Pacientes en atención domiciliaria.
- Pacientes con otro tipo de problemas sanitarios específicos.

► **Población en situación de vulnerabilidad social en los siguientes casos:**

- Pacientes inmigrantes con dificultades sociales.
- Pacientes con discapacidad que presenten dificultades sociales.
- Pacientes con capacidad civil modificada.
- Pacientes en situación de calle.
- Otros grupos de pacientes en situación de vulnerabilidad.

► **Población en situación de maltrato:**

- Personas maltratadas: menores, mujeres, adultos, ancianos.
- Personas que viven en entorno de violencia de género o violencia doméstica.
- Personas que viven en otros entornos de maltrato (escolar, laboral, institucional, víctimas de prostitución o trata de personas, etc.)

► **Familiares y personas cuidadoras de pacientes con el siguiente perfil:**

- Familiares en situación de crisis derivada de la situación del proceso de salud-enfermedad del paciente.
- Familiares con sobrecarga en la atención y cuidado del paciente
- Familiares de pacientes en situación de vulnerabilidad social.
- Familiares de pacientes en situación de riesgo social-sanitario.

► **Personas cuidadoras:**

- Cuidadores en situación de crisis derivada de la situación de salud del paciente.
- Cuidadores con sobrecarga en la atención y cuidado del paciente.
- Cuidadores de pacientes en situación de riesgo social- sanitario.

► **Otros grupos de población y/o de pacientes en el marco institucional o comunitario.**

La cartera de servicios de Trabajo Social Sanitario en atención hospitalaria, ajustándose a lo establecido en el artículo 8 de la ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad, comprende *“el conjunto de técnicas, tecnología y procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones o servicios a ofrecer, respondiendo a los principios de eficacia, eficiencia, efectividad y seguridad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo”*.

Los objetivos de la Cartera de Servicios del Trabajo Social Sanitario en hospitales son, por una parte, homogeneizar los diferentes servicios y prestaciones que el Trabajo Social Sanitario debe garantizar a la persona usuaria y familia, y por otra parte, aumentar la calidad en la atención social, mejorando aspectos de organización, funcionales y de prestación de servicios.

La Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro hospitalario adecuará su oferta a las necesidades de la población atendida y a las características y organización del hospital.

La incorporación de prestaciones adicionales a la cartera de servicios comunes requerirá de la correspondiente acreditación de la demanda y necesidad de las mismas y de la consecuente aprobación de la Gerencia del Área de Salud correspondiente.

El Trabajo Social Hospitalario en su ámbito de actuación ofrece las siguientes consultas según las áreas del centro hospitalario correspondiente:

- Atención Social en consulta a demanda y por programas.
- Atención social en consulta telefónica.
- Interconsulta.
- Atención social en el Área de Urgencias.
- Atención Social en Consultas Externas.

- Atención Social en las Unidades de Hospitalización.
- Atención Social en Hospital de día.
- Atención Social a familias alojadas en Residencia de Familiares. (En aquellos centros donde dispongan de este recurso).

Las Unidades de Trabajo Social Hospitalario del Servicio Extremeño de Salud reconocen e identifican los servicios profesionales básicos y asistenciales establecidos en la Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario, presentada en Diciembre de 2017 por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a la que se adhieren textualmente y junto a ella se presentan los protocolos de intervención específicos de las Unidades de Trabajo social Hospitalaria de diferentes hospitales extremeños.

10.1. CarteradeServiciosdelTrabajoSocialSanitarioen atención a la demanda directa de pacientes, familia y profesionales.⁷

► Servicio de Consultoría Social y Familiar:

- Información, orientación, y asesoramiento sobre aspectos sociales relacionados con la salud. Incluye las esferas del área familiar, área laboral, área económica, área de la red de apoyo y soporte social, etc.
- Información, orientación y asesoramiento a pacientes y familiares en la satisfacción de necesidades y expectativas sociales relacionadas con la salud.
- Información, orientación, y asesoramiento a pacientes y familiares sobre el apoyo informal, la reorganización de roles familiares, las estrategias personales-familiares y sociales de afrontamiento en torno a los cuidados que se precisan y la gestión de la vida cotidiana.
- Información, orientación y asesoramiento a pacientes y familiares sobre el apoyo social formal disponible en los sistemas de protección social y entidades del tercer sector.
- Información y orientación sobre el uso adecuado de recursos sanitarios y sociales.
- Información, orientación y asesoramiento a pacientes y familiares en situaciones de dependencia e incapacidad para asumir los cuidados tras el alta hospitalaria.

⁷. Asociación Española de Trabajo Social Sanitario. 2017. "Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario". Página 29-39.

- Información, orientación y asesoramiento sobre aspectos sociales de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Información, orientación y asesoramiento sobre derechos y deberes en relación a la salud.
- Información, orientación y asesoramiento sobre procedimientos de incapacidad legal y otros procesos jurídicos asociados que influyen en el proceso de atención a la salud.
- Otros servicios de consultoría social y familiar.

► **Servicio de Valoración Social:**

El objetivo de este servicio es detectar indicadores y factores de riesgo o problemática social derivados o consecuencia de un problema de salud y definir la situación de necesidad y/o problema, así como la planificación de acciones necesarias para tratar la situación de necesidad.

Comprende principalmente:

- Exploración social y familiar.
- Detección de indicadores y factores de riesgo psicosocial o problemática social derivados o consecuencia de un problema de salud.
- Identificación de los factores de protección personal y familiar.
- Valoración de los indicadores de riesgo sociofamiliar.
- Priorización de necesidades y problemas sociales.
- Determinación del funcionamiento social relacionado con la salud.

► **Servicio de Intervención Social:**

El objetivo de este servicio es actuar sobre los indicadores y factores de riesgo social, las situaciones de necesidad social y los problemas sociales para minimizar su efecto en salud y empoderar al paciente/familia/grupo o comunidad en el desarrollo de habilidades para gestionar la vida cotidiana y mejorar la salud.

Intervención social/psicosocial de acompañamiento

- Apoyo psicosocial a pacientes y familiares ante el impacto emocional del ingreso, las consecuencias de la enfermedad y otras situaciones adversas.
- Desarrollo de actividades de promoción y protección de carácter social o jurídico en situaciones de desprotección o vulnerabilidad.

- Potenciación de los recursos y habilidades personales del paciente y familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de los problemas.
- Fomento de habilidades sociales en la comunidad para favorecer la rehabilitación social del paciente en su entorno.

Intervención social/psicosocial de Trabajo Social Clínico

- Desarrollo de habilidades personales, sociales y psicosociales del paciente y familia para que puedan gestionar los acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyo psicosocial al paciente y familia en los acontecimientos vitales estresantes no patológicos, que causen estrés o bloqueo en la persona.
- Potenciación de los recursos y habilidades personales del paciente y su familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de sus problemas.

Intervención social de grupo

- El Trabajo Social de grupo constituye una forma de intervención social que requiere una valoración social grupal, un diagnóstico social de grupo y un plan de intervención social de grupo, con métodos y técnicas adecuados al objetivo y un registro de la actividad y su evaluación.

Los grupos pueden ser:

- » Grupos socioeducativos para la promoción de la salud.
- » Grupos de ayuda mutua.
- » Grupos de formación del voluntariado.

Intervención social comunitaria

El objetivo del trabajo con la comunidad consiste en desarrollar acciones con la comunidad mediante la participación de la misma en el proceso.

Comprende:

- Promoción de recursos sociosanitarios para dar respuestas a las necesidades de salud.
- Colaboración con entidades del tercer sector en actividades vinculadas al ámbito sanitario.
- Promover y participar en actividades de promoción o concienciación comunitaria.
- Coordinación y gestión de la acción voluntaria que interviene en el hospital.

► **Servicio de enlace con la red de apoyo social y comunitaria:**

Los objetivos de este servicio son facilitar información, asesoramiento, acompañamiento, coordinación, optimización, trabajo en red, tramitación de recursos de protección social o de Entidades del Tercer Sector y otros.

Comprende:

- Activación de la red de apoyo social /comunitario.
- Coordinación con los distintos recursos y servicios de apoyo social de la comunidad.
- Impulso de los grupos de ayuda mutua y otras organizaciones comunitarias de ayuda a pacientes.
- Colaboración y participación en actividades de formación con asociaciones comunitarias en actividades vinculadas al ámbito sanitario.
- Formación permanente de voluntariado.
- Información, divulgación, sensibilización e implicación de los profesionales sanitarios en la visión de la dimensión social de la salud.
- Otros servicios de enlace y activación de la red de apoyo social.

► **Servicio de tramitación de prestaciones y recursos o servicios sanitarios y sociales:**

- Información y asesoramiento al paciente y familia de las características de los recursos disponibles.
- Información al equipo clínico asistencial de los dispositivos de salud, de los recursos comunitarios y recursos activos en salud.
- Obtención de la documentación necesaria para la tramitación del recurso idóneo.
- Elaboración del informe social para la coordinación y derivación al recurso pertinente.
- Gestión activa para actualizar la información de trámites ya iniciados.
- Actualización de la información de la red de recursos.
- Otros servicios de tramitación de prestaciones, servicios y recursos sociales y sanitarios.

► **Servicio de Mediación Social en Salud.**

- Proceso de gestión de los conflictos mediante la utilización de técnicas idóneas, medios y condiciones que favorezcan las relaciones e intervenciones profesionales con los pacientes, con el paciente y la familia y con el paciente-familia y la institución sanitaria.

► **Servicio de Documentación y Registro social.**

- Registro de la valoración, diagnóstico, tratamiento social, informe social e historia social en el sistema informático Jara Asistencial para facilitar el seguimiento social, el tratamiento de la salud y la atención integral del paciente.
- Elaboración de informes sociales.
- Elaboración de otros documentos necesarios en el tratamiento y derivación a otros dispositivos.

► **Servicio de Coordinación y Participación Hospitalaria.**

El objetivo de estos servicios se realizará a nivel intrahospitalario y extrahospitalario.

Comprende:

- Coordinación y participación intrahospitalaria:
 - » **Coordinación con los distintos servicios clínicos hospitalarios.**
 - » **Cooperación institucional:**
 - Gerencia.
 - Dirección Médica/Enfermería.
 - Otras direcciones.
 - Participación en la Junta Técnico Asistencial.
 - Participación en otras comisiones (Comisión de Ética Asistencial...).
 - Participación en la formación y gestión de la acción voluntaria.
- Coordinación y participación extrahospitalaria.
 - » **Coordinación con Trabajo Social Sanitario de Atención Primaria.**
 - » **Coordinación con Trabajo Social Sanitario de Unidades de apoyo: Equipos de Salud Mental, Equipos de Conductas Adictivas, Centro de Orientación y Planificación Familiar y Equipos de Cuidados Paliativos.**
 - » **Coordinación con Servicios Sociales de Atención Social Básica.**
 - » **Coordinación con Servicios Sociales Especializados.**

- » Coordinación con otros ámbitos: educación, justicia, vivienda...
- » Coordinación con entidades del tercer sector.

► **Servicio de Docencia y Formación Continuada.**

El objetivo de estos servicios es participar en actividades de formación continuada y de docencia sobre los aspectos sociales de la salud en Trabajo Social Sanitario.

Comprende:

- Colaboración en actividades formativas.
- Formación de pre y postgrado: tutorías de prácticas del alumnado del Grado Universitario de Trabajo Social.
- Formación continuada (seminarios, congresos, cursos, talleres, entre otros).
- Colaboración en la realización de actividades formativas a grupos de profesionales del centro hospitalario.
- Participación docente y discente en las sesiones clínicas, docentes bibliográficas.
- Otros servicios de docencia de aspectos sociales de la salud.

► **Servicio de Investigación Social.**

El objetivo de este servicio es la investigación sobre aspectos sociales de la salud.

Comprende:

- Promoción y participación en estudios y trabajos de investigación sobre los aspectos sociales de la salud.
- Diseño de proyectos de investigación siguiendo metodologías cuantitativa y cualitativa para profundizar en el conocimiento sobre problemas de salud y la influencia que tienen los determinantes sociales en la aparición y evolución de los mismos.
- Inclusión de la perspectiva social y los conocimientos disciplinares en la investigación que se realice, así como los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo social en salud.
- Comunicación de los resultados de los análisis realizados, así como de los servicios y recursos que hayan participado.
- Coordinación con los servicios y recursos y/o instituciones de interés para realizar estudios e investigaciones conjuntas.

10.2. Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario Proactivo. Trabajo Social por Programas, Protocolos y Procesos Asistenciales Integrados.⁸

► Servicio de Planificación Social del Alta Hospitalaria.

El objetivo de este servicio es conocer la realidad sanitaria y social de los pacientes lo más rápidamente posible, interviniendo en aquellos casos que lo requieran, garantizando el soporte post-alta necesario y asegurando la continuidad de los cuidados.

Comprende:

- Valoración previa con los datos del ingreso, básicos para el diagnóstico e intervención.
- Diagnóstico social sanitario de la situación del paciente y familia previa al alta hospitalaria.
- Plan de intervención social, recursos activados y grado de consecución del mismo.
- Coordinación con los recursos sociales y sanitarios de necesidad más inmediata.
- Elaboración del informe social para el alta hospitalaria con la finalidad de proporcionar la continuidad asistencial.
- Registro en el sistema informático Jara Asistencial del proceso de alta social.

► Servicio de Trabajo Social Sanitario en el Área de Urgencias.

Desarrollo de trabajo social proactivo de valoración social a grupos de pacientes definidos: Mayores que viven solos o conviven con persona también mayor, mujeres víctima de violencia de género, menores con signos de maltrato o situación de riesgo o desprotección, paciente crónico complejo, migrantes en situación irregular, pacientes sin hogar y otros colectivos especialmente vulnerables.

- Valoración social e intervención social inmediata a las situaciones de vulnerabilidad social y riesgo social en los servicios de urgencias.
- Intervención social en la hiper-frecuentación derivada de necesidades sociales.

⁸. Asociación Española de Trabajo Social Sanitario. 2017. "Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario". Página 38-39.

- Derivación ágil a servicios alternativos al domicilio si procede.
- Agilización del alta a domicilio si el proceso de salud no precisa de hospitalización.
- Gestión de recursos sociales inmediatos de apoyo al alta del servicio de urgencia.
- Acompañamiento en el *continuum social* en la hospitalización.

10.3. Procedimientos y protocolos de actuación de Trabajo Social en Atención Hospitalaria.

- Procedimiento de Trabajo Social Individual y Familiar. (Casework).
- Procedimiento de Trabajo Social de Grupo. (Groupwork).
- Procedimiento de Trabajo Social Comunitario. (Community Work).
- Protocolos de Atención Social implantados en el Hospital Universitario de Badajoz, Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, Hospital Virgen de la Montaña de Cáceres y Hospital Siberia – Serena de Talarrubias. Dichos protocolos han sido revisados y actualizados. (Ver Anexo).
 - » Protocolo de detección de riesgo social e intervención social en pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y especial atención a la red familiar.
 - » Protocolo de atención social a pacientes mayores y con pluripatología crónica.
 - » Protocolo de atención social al paciente y familia en el proceso de enfermedad oncológica.
 - » Protocolo de atención social al paciente que presenta adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar.
 - » Protocolo de intervención social con el paciente con diagnóstico de daño cerebral sobrevenido y atención social a la familia.
 - » Protocolo de atención social a mujeres víctima de violencia de género, a sus hijos y otros familiares a su cargo desde la atención hospitalaria.
 - » Protocolo de intervención social con pacientes en estudio de pretrasplante hepático y atención social al grupo familiar.
 - » Protocolo de atención social a pacientes mayores con factura de caderas y a su red de apoyo familiar.
 - » Protocolo de atención social al paciente crónico con dificultades socio-familiares.

- » Protocolo de atención social a pacientes de enfermedad avanzada y apoyo social a la red familiar.
- » Protocolo de apoyo psicosocial a la persona cuidadora familiar del paciente en situación de dependencia.
- » Protocolo de intervención social con menores ingresados en Neonatos y Pediatría y atención social a la familia.
- » Protocolo de intervención social con pacientes afectados de lesión medular y apoyo social al grupo familiar.
- Procesos Asistenciales Integrados donde están incluidos la valoración social, el diagnóstico social sanitario y el plan de intervención social:
 - » Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo.
 - » Proceso Asistencial Integrado del Paciente con Trastorno Mental Grave.
 - » Proceso Asistencial Integrado del Paciente con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.
 - » Proceso Asistencial Integrado del Paciente con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca.

10.4. Técnicas e instrumentos diagnósticos de Trabajo Social Sanitario.

- Entrevista semiestructurada individual.
- Entrevista semiestructurada familiar.
- Entrevista motivacional.
- Escala de valoración de riesgo social de Gijón.
- Escala de valoración del riesgo social de Gijón modificada y abreviada por Barcelona.
- Índice de Barthel. Autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Índice de Lawton y Brody. Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Cuestionario Portátil del Estado Mental Pfeiffer. Cribado de deterioro cognitivo.
- Cuestionario Apgar familiar de SmilKstein. Detección de la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS, para el estudio del apoyo social.
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.
- Clasificación adaptada de Carter y Mc Goldrick. Etapas del ciclo vital.

- Escala de acontecimientos vitales estresantes.
- Escala de detección de la claudicación familiar: SAM.
- Escala de complejidad de la intervención social con adultos en el contexto hospitalario. Escala ecisach-bcn psmar.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Informe social, según modelo establecido en Jara Asistencial.
- Historia social, según modelo establecido en Jara Asistencial.

11

ANEXO: Protocolos de actuación de los profesionales de Trabajo Social Sanitario en el Ámbito Hospitalario

11.1. PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL E INTERVENCIÓN SOCIAL EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA Y ESPECIAL ATENCIÓN A LA RED FAMILIAR

Definición

La figura del Trabajo Social Sanitario en el proceso de atención a personas ingresadas en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, “es el profesional que tiene por objeto la investigación de los aspectos psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los factores que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas” (Ituarte Tellaeche,A., 1995 b:277, citado en Ituarte, A., 2001:23).

La intervención social se adecua a las características de la persona, de su familia y de su entorno, detectando e identificando las dificultades sociales y las necesidades sociosanitarias de dicha persona, aportando al equipo, el conocimiento de las situaciones de riesgo social o problemática social que puedan incidir en el proceso de recuperación. Todo ello supone una actuación que va desde la detección del riesgo social en el momento del ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría (UHB) hasta la planificación del alta hospitalaria.

Objetivo general

Identificar y tratar los desajustes sociales que provoca la enfermedad mental en el pacientes y familias, detectando las situaciones de riesgo o problemática social, y garantizando durante la estancia hospitalaria una asistencia de calidad adaptada a las necesidades presentadas.

Objetivos específicos

- Explorar, estudiar y valorar los factores personales, familiares, así como el condicionante socio económico y cultural, que influyen en el proceso de salud-enfermedad de pacientes y familias.
- Potenciar la autonomía de pacientes y sus familias, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de los problemas.
- Promover redes de apoyo social que faciliten la integración social de las personas en su medio habitual.
- Favorecer la continuidad asistencial después del alta hospitalaria.

Población diana

Personas ingresadas en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, (UHB).

Los indicadores de riesgo social que se establecen como criterios de derivación e inclusión en este protocolo de actuación son:

- Vivir sola/o.
- Convivir con otras personas de la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia ...).
- Escasa o nula red de apoyo social.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Dificultades económicas graves.
- Roles y relaciones alteradas en el entorno familiar.
- Hiper- frequentación de ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría (UHB).
- Vivienda en condiciones deficitarias.
- Otros aspectos de exclusión social.

Círcito de acceso

- A demanda del pacientes y familias.
- Por derivación de profesionales de la red de Salud Mental, Atención Primaria, Servicios Sociales, y otros.
- Por orden clínica procedente de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial.

- Se realizará la primera entrevista con la persona y la familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.
- Se determinará si la situación social de la persona presenta riesgo social, o probable riesgo social o inexistencia de riesgo social, utilizando instrumento de cribaje.

2. Seguimiento del caso, en función de la existencia de riesgo social o probable riesgo social.

3. Estudio y valoración sociofamiliar.

Se estudiarán las siguientes áreas:

a) Área personal y socio-familiar:

- » Unidad de convivencia, dinámica familiar, ciclo vital, funcionalidad, capacidad, resiliente del sistema familiar.
- » Red de Apoyo Familiar.
- » Tamaño de la Red.
- » Percepción de la función familiar.
- » Implicación de la familia.
- » Identificación de la persona cuidadora principal, personas cuidadoras secundarias o personas de especial referencia.
- » Sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación familiar.
- » Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
- » Problemas de salud en la persona cuidadora.
- » Expectativas del paciente y familia.

b) Área formativa, laboral y económica:

- » Situación económica-laboral, (ingresos propios, de la unidad de convivencia y situación laboral).
- » Situación formativa.

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conciencia de enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.

d) Área jurídica legal:

- » Incapacitación Legal.
- » Tutela.
- » Curatela.
- » Identificación de la persona tutora o representante legal.
- » Ingreso Involuntario en la UHB.
- » Otras medidas judiciales.

e) Características del medio y del entorno:

- » Vivienda: adaptabilidad, accesibilidad, confortabilidad, etc...
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan al paciente y familia en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica e historia social de Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, reforzando las capacidades y fortalezas a nivel individual y familiar, encaminadas a mejorar la autonomía personal y la integración social.
- Intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados, facilitando la comunicación con la persona usuaria y la familia, ayudando a la familia a rediseñar roles y responsabilidades que mejoren el entorno familiar.
- Favorecer la comunicación y expresión de sentimientos, fomentando la cooperación y soporte mutuo entre los diferentes miembros de la familia.
- Reconducir las expectativas de la persona usuaria y familia.
- Favorecer el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares.

» **Información y tramitación de recursos:**

- Valoración del recurso social y sanitario adecuado que permita mejoras en la autonomía y facilite la normalización e integración social.
 - Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
 - Apoyar la persona usuaria y la familia en las gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
 - Elaboración de informe social de la persona usuaria, cuando proceda.
 - Coordinación con los correspondientes dispositivos de la red de Salud Mental, Atención Primaria, Servicios Sociales, Servicios especializados, entidades del tercer sector y otros ámbitos de atención (justicia, educación, vivienda, etc).
- El plan de intervención social se incluirá en el plan de acción personalizado de la persona usuaria y la familia, y registro en Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Escala de valoración de riesgo socio-familiar (Escala de Gijón).
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. abreviada y modificada de Barcelona.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Cuestionario Apgar Familiar II.Valoración del tamaño de la red familiar.
- Cuestionario Apgar Familiar de Smilkstein- Detección de la disfunción familiar.
- Índice de Barthel. Autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Cuestionario Mos para el estudio del apoyo social.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Escala de acontecimientos vitales estresantes.
- Genograma y el mapa de relaciones familiares.
- Historia Social, según modelo establecido en el sistema informático Jara Asistencial.
- Informe social, según modelo establecido en Jara Asistencial.

6. Evaluación.

El proceso de intervención del Trabajo Social Sanitario realizado con la persona usuaria, familiares y/o personas cuidadoras, se evalúa en función de los objetivos propuestos, las acciones realizadas y el resultado final obtenido.

Periódicamente se revisará el protocolo, así como las intervenciones individuales y familiares.

La evaluación será continua durante todo el proceso, modificándose los objetivos en la medida en que cambie la situación y se considere necesario.

Se presentan los siguientes indicadores de evaluación:

- N° total de pacientes con criterios de inclusión para el Protocolo de detección de riesgo social e intervención social en pacientes en situación de ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y especial atención a la red de apoyo familiar.
- N° total de pacientes con criterios de inclusión para el Protocolo de detección de riesgo social e intervención social en pacientes en situación de ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y especial atención a la red de apoyo familiar, que precisan soporte institucional en la planificación del alta hospitalaria.
- N° total de pacientes con criterios de inclusión para el Protocolo de detección de riesgo social e intervención social en pacientes en situación de ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y especial atención a la red de apoyo familiar, que no disponen de red de apoyo familiar.
- N° total de pacientes con criterios de inclusión para el protocolo de detección de riesgo social e intervención social en pacientes en situación de ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y especial atención a la red de apoyo familiar, con criterio de hiperfrequentación.
- N° de reuniones de coordinación con el equipo asistencial.
- N° reuniones de coordinación extrahospitalaria.

11.2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A PACIENTES MAYORES Y CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA

Introducción

Estos pacientes constituyen una población homogénea en complejidad, vulnerabilidad clínica, fragilidad, mortalidad, deterioro funcional, polifarmacia, pobre calidad de vida relacionada con la salud y frecuente situación de dependencia funcional.

Definición

La figura del Trabajo Social Sanitario en el proceso sanitario de personas ingresadas con edad avanzada y con pluripatología crónica, aporta profesionalmente al equipo asistencial el conocimiento de los aspectos psicosociales del paciente, familia y entorno, que pueden incidir en el proceso de salud- enfermedad, identificando precozmente las necesidades sociales y socio sanitarias, garantizando así el tratamiento psicosocial que corresponda a cada caso social.

La atención debe concebirse desde una perspectiva de asistencia integral, dentro de un plan de intervención con objetivos concretos, orientados a actuar sobre las circunstancias sociales, familiares y redes de apoyo. Esto implica una actuación que va desde la detección de riesgo social en el momento del ingreso en el hospital hasta la finalización o derivación a Servicios de Atención Primaria, y/o Socio- Sanitarios.

Objetivo general

Detectar y tratar los factores de riesgo o problemática social derivada de la situación de enfermedad, a nivel individual y familiar, garantizando una atención de calidad adaptada a las necesidades sociales o sociosanitarias presentadas.

Objetivos específicos

- Valorar la situación de riesgo sociofamiliar o problemática social.
- Identificar los factores de protección personal y familiar.
- Gestionar y asegurar las medidas de soporte y cuidados al alta hospitalaria.

Población diana

Pacientes ingresados en los diferentes servicios médicos del centro hospitalario mayores de 75 años y con pluripatología crónica.

Los indicadores de riesgo social y que se establecen como criterios de especial atención son:

- Vivir solo.
- Convivir con otras personas de la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad ...).
- Escasa o nula red de apoyo social.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Situación de dependencia severa o gran dependencia.
- Falta de adherencia al tratamiento o escasa conciencia de enfermedad.
- Pertener a grupos en riesgo de exclusión social (personas en situación de calle, migrantes, minorías étnicas, personas que han estado en reclusión...).

Círculo de acceso

El Trabajador Social Sanitario actuará en cada caso social por:

- Orden clínica, remitida por el servicio de hospitalización donde se encuentra ingresada la persona usuaria.
- A demanda de la persona usuaria, la familia y/o las personas cuidadoras.
- Por derivación de otros profesionales, Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Básica (SASB), Servicios Sociales Especializados, otras Entidades del Tercer Sector.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial en personas ingresadas.

- Se realizará la primera entrevista con la persona usuaria y la familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.
- Se determinará si la persona ingresada presenta deterioro social severo con alto riesgo de institucionalización, situación intermedia o situación social buena. (Escala de valoración de riesgo socio-familiar de Gijón abreviada y modificada).

2. Seguimiento del caso, cuando exista deterioro social severo o situación intermedia.

3. Estudio y valoración sociofamiliar.

Cuando existe deterioro social severo o situación intermedia se estudiará las siguientes áreas:

a) Área personal y socio-familiar:

- » Unidad de convivencia, dinámica familiar, ciclo vital, funcionalidad, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de Apoyo Familiar:
 - Tamaño de la Red.
 - Percepción de la función familiar.
 - implicación de la familia.
- » Identificación de la persona cuidadora principal, secundarias o personas de especial referencia:
 - Medir la sobrecarga la persona cuidadora.
 - Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
 - Problemas de salud en la persona cuidadora.
- » Expectativas de la persona usuaria y de la familia en relación a los cuidados.

b) Área económica:

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

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Discapacidad.
- » Dependencia.

d) Características del medio y del entorno:

- » Vivienda: adaptabilidad, accesibilidad, confortabilidad, etc...
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social de Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad y en la adaptación a la nueva situación, reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados, facilitando la comunicación con pacientes y familias, ayudando a las familias a rediseñar roles y responsabilidades que mejoren el entorno familiar.
- Favorecer la comunicación y expresión de sentimientos, fomentando la cooperación y soporte mutuo entre las diferentes personas que componen la familia.

» Información y tramitación de recursos:

- Valoración del recurso social y sanitario adecuado que permita mejoras en la autonomía y facilite la normalización e integración social.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios, sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social de cada paciente o persona usuaria, cuando proceda.
- Coordinación con los correspondientes dispositivos de la red de Atención Sociosanitaria, Atención Primaria, Servicios Sociales, Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.

El plan de intervención social se incluirá en el plan de acción personalizado del paciente y familia, y registro en Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada.
- Entrevista motivacional.
- Escala de valoración socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

Los indicadores de evaluación serán los siguientes:

- Número de pacientes con criterios de inclusión para el protocolo de atención social a pacientes mayores y con pluripatología crónica.
- Número de pacientes con criterios de inclusión para el protocolo de atención social a pacientes mayores y con pluripatología crónica, que presentan deterioro social severo.
- Número de pacientes con criterios de inclusión para el protocolo de atención social a pacientes mayores con pluripatología crónica, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en dispositivo residencial o sociosanitario.
- Número de pacientes con criterios de inclusión para el protocolo de atención social a pacientes mayores con pluripatología crónica, que en la planificación del alta regresaron al domicilio con prestación de atención domiciliaria.

11.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A PACIENTES Y FAMILIAS EN EL PROCESO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Introducción

La enfermedad oncológica es una enfermedad que afecta a cualquier persona, se puede desarrollar a cualquier edad, es una de las principales causas de muerte, y dañina a todos los niveles de la persona que la padece (familiar, emocional, laboral, económico, social, etc.). La aparición de la enfermedad sitúa a pacientes y familias en una posición de crisis que afecta a todo el sistema familiar.

Definición

El Trabajo Social Sanitario en la atención oncológica a pacientes y familiares, es el profesional que estudia las condiciones psicosociales de pacientes y familias, valora sus necesidades, dificultades, fortalezas y trata los apoyos que precisa con el fin de que puedan seguir las indicaciones terapéuticas y asegurar la continuidad asistencial.

Objetivo general

Conocer los efectos que provoca la enfermedad oncológica tanto a nivel personal, familiar como social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales y dotar de los medios necesarios para resolverlos y a la vez prevenirlos.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades sociosanitarias y familiares producidas o asociadas a la enfermedad oncológica.
- Detectar las situaciones de riesgo social y problemática social.
- Poner en marcha sistemas de ayuda que permitan a las personas afrontar la situación en la que se encuentran.
- Dotar a la comunidad de toda aquella información necesaria para la mejora de la salud y calidad de vida de la población en general, ejerciendo una función de colaboración activa.

Procedimientos de intervención social en las diferentes fases de la enfermedad

1. Comunicación del diagnóstico.

Objetivo general

- Proporcionar a pacientes y familiares elementos de seguridad y confianza tanto en sí mismos como en el equipo asistencial.

Objetivos específicos

- Valorar las capacidades y habilidades personales y familiares para hacer frente a las nuevas circunstancias.
- Ayudar a pacientes y familias a rediseñar roles y responsabilidades.
- Orientar y asesorar a pacientes y familias de las características de los recursos existentes en la comunidad.
- Informar al equipo asistencial de los aspectos sociofamiliares que inciden en el proceso de enfermedad.
- Ofrecer un espacio que facilite la expresión de sentimientos.

2. En el tratamiento.

Objetivo general

- Acompañamiento social en la adaptación a los cambios que puede producir el tratamiento.

Objetivos específicos

- Asegurar que pacientes y familias disponen de la información adecuada sobre el proceso de enfermedad.
- Informar y asesorar hacia aquellos recursos que pueden ayudar tanto al cuidado de la imagen de cada paciente, como en modificaciones en el ámbito laboral, social...
- Informar de las redes de apoyo formal disponibles en los sistemas de protección social y del tercer sector.
- Animar al pacientes y familias a mantener un adecuado clima de comunicación.

3. Retorno a la actividad

Objetivo general

- Informar y asesorar en la reordenación de la actividad cotidiana y la redistribución de roles familiares.

Objetivos específicos

- Tratar los factores de riesgo social o problemática social que dificulte la adaptación al medio sociofamiliar.
- Movilizar las redes de apoyo social formal e informal disponible.
- Identificar factores de protección personal y familiar.
- Contribuir a adaptarse a tolerar la preocupación que supone el riesgo de recaídas.

4. Permanencia o reaparición de la enfermedad.

Objetivo general

- Proporcionar apoyo social y emocional al paciente y familia, favoreciendo la adaptación a la nueva situación personal, familiar y social.

Objetivos específicos

- Promover la expresión de sentimientos e impulsar la cooperación y soporte mutuo entre los diferentes miembros de la familia.
- Detectar situaciones de riesgo sociofamiliar.
- Priorizar y tratar las necesidades y problemas sociales.

5. Enfermedad avanzada.

Objetivo general

- Garantizar apoyo psicosocial al paciente y familia ante el impacto y alteraciones que provoca la situación de enfermedad avanzada.

Objetivos específicos

- Identificar variables sociofamiliares, económicos, y culturales que condicionan la capacidad de adaptación y respuesta de pacientes y familias.
- Evaluar de manera continuada las necesidades del pacientes, familias y personas cuidadoras que permitan un buen uso de los recursos.
- Contribuir a resolver temas pendientes y/o aspectos legales.
- Promover espacio de escucha y descarga emocional para el pacientes, familias y personas cuidadoras.
- Garantizar la coordinación entre los diferentes servicios y ámbitos asistenciales en la continuidad de cuidados.

6. Proceso de duelo.

Objetivo general

- Apoyo y asesoramiento a la familia para afrontar el desarrollo del proceso de adaptación.

Objetivos específicos

- Asesorar e informar adecuadamente en torno al proceso de duelo.
- Facilitar la expresión emocional.
- Contribuir a superar los obstáculos que dificulten el reajuste tras la pérdida.
- Procurar a las familias un espacio donde sea posible trabajar los diversos aspectos que surjan durante el proceso del duelo.

Población diana

Pacientes oncológicos en situación de hospitalización o que acudan a Consultas Externas, Hospital de día y Servicio de Radioterapia del Hospital.

Los indicadores de riesgo social que se establecen como criterios de inclusión son:

- Vivir sola/o.
- Convivir con otras personas que componen la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad...).
- Escasa o nula red de apoyo social.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Hiperfrecuentación.
- Carencias económicas graves.
- Incumplimiento terapéutico.
- Situación de dependencia severa o gran dependencia.
- Pacientes en situación de vulnerabilidad social (personas inmigrantes con dificultades sociales, pacientes en situación de calle, pacientes con capacidad civil modificada y otros).

Círculo de acceso

El acceso a la Unidad de Trabajo Social Sanitario puede darse:

- Por orden clínica, remitida por el servicio de hospitalización donde se encuentra la persona.
- A demanda de los pacientes, familias y/o personas cuidadoras.
- Por derivación de profesionales de Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica (SASB), Servicios Sociales Especializados, Entidades del Tercer Sector y otros.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración Social Inicial.

En pacientes en situación de ingreso:

- Se realizará la primera entrevista con pacientes y familias entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.
- Se determinará si la persona presenta riesgo social, o tiene probable riesgo social o no existe riesgo social.

En pacientes que no están en situación de ingreso:

- Se realizará la primera entrevista de acogida a la persona y familia como demanda no programada, dando espacio en la agenda diaria.
- Se les citará mediante cita programada para valoración social.

2. Seguimiento del Caso.

En pacientes en situación de ingreso:

- Seguimiento o derivación del caso social cuando existe probable riesgo social o existe riesgo social.

En pacientes que no están en situación de ingreso:

- Seguimiento del caso social, cuando existe probable riesgo social o existe riesgo social.

3. Estudio y valoración Socio-familiar.

Se estudiará las siguientes áreas:

a) Área personal y Socio-familiar:

- » Unidad de Convivencia: dinámica familiar, ciclo vital, funcionalidad, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de Apoyo Familiar:
 - Tamaño de la Red.
 - Percepción de la función familiar.
 - Implicación de la familia.
 - Expectativas de pacientes y familias.
- » Identificación de la persona cuidadora principal, personas cuidadoras secundarias y personas de especial referencia.
 - Medir la sobrecarga de la persona cuidadora.
 - Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
 - Problemas de salud en la persona cuidadora.

b) Área formativa, laboral y económica:

- » Situación económica-laboral de la unidad de convivencia.
- » Nivel de estudios y formación.

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Necesidad de cuidados.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Percepción y vivencia de los pacientes y personas cuidadoras.

d) Características del medio y del entorno:

- » Habitabilidad, adaptabilidad y accesibilidad de la vivienda.
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social de Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» **Tratamiento psicosocial:**

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad y en la adaptación a la nueva situación, reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados, facilitando la comunicación con los pacientes y familias, ayudando a la familia a rediseñar roles y responsabilidades que mejoren el entorno familiar.
- Favorecer la comunicación y expresión de sentimientos, fomentando la cooperación y soporte mutuo entre las diferentes personas que componen la familia.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.

» **Información y tramitación de recursos:**

- Valoración del recurso social y sanitario adecuado que permita mejoras en la autonomía y facilite la normalización e integración social.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares
- Apoyar a pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Coordinación con los correspondientes dispositivos de la red de Atención Sociosanitaria, Atención Primaria, Equipo de Cuidados Paliativos, Servicios Sociales, Servicios especializados y entidades del tercer sector.

El plan de intervención social se incluirá en el plan de acción personalizado del pacientes y familias y registro en Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada.
- Entrevista motivacional.
- Escala de valoración socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

La figura del profesional de Trabajo Social Sanitario marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida, señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizadas y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán los siguientes:

- Indicador de demanda social que se realiza en la Unidad de Trabajo Social.
- Indicador de necesidad social detectada.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación del protocolo serán los siguientes:

- Número de pacientes que se incluyen en el Protocolo de atención social a pacientes y familias en el proceso de enfermedad oncológica.
- Número de pacientes que se incluyen en el Protocolo de atención social a pacientes y familias en el proceso de enfermedad oncológica, que presentan deterioro social severo.

- Número de pacientes que se incluyen en el Protocolo de atención social a pacientes y familias en el proceso de enfermedad oncológica, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en dispositivo residencial o sociosanitario.
- Número de pacientes que se incluyen en el Protocolo de atención social a pacientes y familias en el proceso de enfermedad oncológica, que en la planificación del alta regresaron al domicilio con prestación de atención domiciliaria.

11.4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A PACIENTES QUE PRESENTAN ADICCIÓN A DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS E INTERVENCIÓN SOCIAL CON LA RED DE APOYO FAMILIAR

Definición

La intervención de la figura del Trabajador Social Sanitario en conductas adictivas tiene como función principal la evaluación social del paciente, identificando los factores de riesgo social que determinarán el abordaje social que requieren pacientes y familias durante el proceso de enfermedad y hospitalización.

Objetivo general

Garantizar una atención social de calidad, adaptada a las necesidades sociales y sociosanitarias detectadas en pacientes que presentan consumos de tóxicos y otras conductas adictivas, promoviendo medidas que reduzcan los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo.

Objetivos específicos

- Proporcionar intervención social / psicosocial de acompañamiento a pacientes y familias.
- Identificar las necesidades sociosanitarias de pacientes y dificultades familiares producidas o asociadas al proceso de enfermedad y hospitalización.
- Prevenir y/o detectar precozmente las recaídas.
- Orientar, informar y capacitar a pacientes y sus familiares y a la comunidad en general, de las necesidades que se derivan de la propia enfermedad, para que actúen como parte activa de su prevención, promoción y recuperación de la salud.
- Asesorar al equipo asistencial de los aspectos psicosociales de cada paciente y red de apoyo familiar, de sus necesidades, fortalezas y recursos de apoyo idóneos para cada caso social.
- Gestionar y asegurar las medidas de soporte post-alta garantizando la coordinación entre niveles asistenciales y otras instituciones.

Población diana

Pacientes en situación de ingreso en los diferentes servicios clínicos, por cualquier patología que presente asociado un problema de consumo de drogas y/u otras conductas adictivas.

Los indicadores de riesgo social que se establecen como criterios de derivación e inclusión son:

- Vivir sola/o.
- Convivir con otras personas de la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad, etc ...).
- Escasa o nula red de apoyo social.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Hiperfrecuentación.
- Carencias económicas graves.
- Incumplimiento terapéutico.
- Vivienda en condiciones deficitarias o falta de vivienda.
- Pacientes en situación de vulnerabilidad social (personas inmigrantes con dificultades sociales, pacientes en situación de calle, pacientes con capacidad civil modificada y otros).

Círculo de acceso:

El acceso a la Unidad de Trabajo Social Hospitalario puede darse:

- Por orden clínica, remitida por el servicio de hospitalización donde se encuentra ingresada la persona.
- A demanda de pacientes, familias y personas cuidadoras.
- Por derivación de profesionales de Equipos de conductas adictivas, Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica (SASB), Servicios Sociales Especializados, entidades del tercer sector y otros...

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario:

1. Valoración social inicial.

Se realizará la primera entrevista con cada paciente y la familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.

Se determinará si presenta deterioro social severo, situación intermedia o situación social buena.

2. Seguimiento del caso si la persona presenta deterioro social severo o situación intermedia.

3. Estudio y valoración de la situación Socio-familiar.

Cuando exista situación intermedia o deterioro social severo se estudiará las siguientes áreas:

a) Área personal y socio-familiar:

- » Unidad de convivencia: dinámica familiar, ciclo vital, funcionalidad, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de apoyo familiar:
- » Tamaño de la red.
- » Percepción de la función familiar.
- » Implicación de la familia.
- » Identificación de la figura de la persona cuidadora principal, personas cuidadoras secundarias y personas de especial referencia.
- » Medir la sobrecarga de la persona cuidadora.
- » Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
- » Problemas de salud en la persona cuidadora.

b) Área formativa laboral y económica:

- » Situación económica-laboral de la persona usuaria y la unidad de convivencia.
- » Nivel de estudios y formación.

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Valoración de la capacidad y habilidades de cuidados de la persona usuaria.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Discapacidad / dependencia.

d) Características del medio y del entorno:

- » Habitabilidad, adaptabilidad y accesibilidad de la vivienda.
- » Entorno social y relacional.

e) Área jurídica-legal:

- » Medidas legales, si las hubiera.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a las personas usuarias y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con pacientes y familias, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Promover el desarrollo de habilidades personales y sociales del paciente y familia para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones del paciente y familias.

» Información y tramitación de recursos:

- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en la autonomía y facilite la rehabilitación e integración social.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar al paciente y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.

- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos del Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas, Atención Primaria, Servicios Sociales, Servicios Especializados, entidades del tercer sector y otros.
- El plan de intervención social consensuado previamente con pacientes y familias se incluirá en el plan de acción personalizado, procediendo al registro en el sistema de información de Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

El Trabajador Social marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida, señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizadas y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán:

- Indicador de demanda social que se realiza a la Unidad de Trabajo Social Hospitalario.
- Indicador de necesidad social detectada.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas usuarias incluidas en el protocolo de atención social para personas que presentan adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar.
- Número de personas usuarias incluidas en el protocolo de atención social para personas que presentan adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar, que presentan deterioro social severo.
- Número de personas usuarias incluidos en el protocolo de atención social para personas que presentan adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en dispositivo residencial o sociosanitario.
- Número de personas usuarias incluidas en el protocolo de atención social para personas que presentan adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria son derivados al Equipo de Conductas Adictivas (ECA).
- Número de personas usuarias incluidas en el protocolo de atención social para personas que presentan adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria son derivados a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- Número de personas usuarias incluidas en el protocolo de atención social para personas que presentan adicción a drogas y otras conductas adictivas e intervención social con la red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria son derivados a Comunidades Terapéuticas.

11.5. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO Y ATENCIÓN SOCIAL A LA FAMILIA

Introducción

El daño cerebral sobrevenido es el resultado de una lesión de cualquier origen que ocurre de forma aguda en el encéfalo, causando en la persona un deterioro neurológico permanente respecto a la situación previa, lo que condiciona un menoscabo de su capacidad funcional y de su calidad de vida previa.

Las lesiones pueden ser provocadas por agentes externos (traumatismo craneoencefálico, encefalopatía por tóxicos, encefalopatías por agentes físicos y enfermedades infecciosas) y por causas endógenas (ictus isquémico o hemorrágico, encefalopatía anóxica, neoplasias primarias o secundarias y enfermedades inflamatorias autoinmunes).

Los dos trastornos más frecuentes son Ictus y Traumatismos Craneoencefálicos. La Encefalopatía anóxica es un cuadro menos frecuente que los anteriores pero el porcentaje de pacientes con discapacidad grave es mayor.

El Ictus es la primera causa de discapacidad grave de la población adulta. Las consecuencias derivadas de un Ictus y su forma súbita de aparición repercuten de forma muy importante en la red familiar y en el entorno social de la persona afectada.

Definición

La figura profesional de Trabajo Social Sanitario en el proceso asistencial a pacientes en situación de ingreso con diagnóstico de daño cerebral sobrevenido contribuye al estudio y valoración de la situación socio familiar, aportando al equipo asistencial el conocimiento de los aspectos psicosociales que pueden incidir en el proceso de enfermedad bien favoreciendo o dificultando el tratamiento y la continuidad de los cuidados en su medio habitual.

La atención debe concebirse desde una perspectiva de asistencia integral, con un enfoque rehabilitador, dentro de un plan de intervención con objetivos concretos, orientados a actuar sobre las circunstancias sociales, familiares y redes de apoyo, incidiendo en la utilización adecuada de los recursos humanos, técnicos y materiales posibles. Una actuación que va desde la detección de riesgo social en el momento del ingreso en el hospital hasta la finalización o derivación a servicios sanitarios o sociosanitarios con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial.

Objetivo general

Detectar y tratar los efectos que provoca el daño cerebral en pacientes y familias en los distintos niveles: personal, familiar, laboral y social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales; garantizando una atención personalizada y de calidad.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades sociosanitarias y familiares producidas o asociadas al daño cerebral sobrevenido.
- Valorar la capacidad personal y familiar, potencialidades y fortalezas para afrontar el proceso de enfermedad.
- Proporcionar apoyo y acompañamiento social pacientes y familias.
- Aportar al equipo asistencial el conocimiento de los aspectos psicosociales de las personas usuarias y familias que inciden en el proceso de enfermedad y en la adaptación al medio natural.
- Asegurar las medidas de soporte y de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

Población diana

Pacientes en situación de ingreso en los servicios de Neurología y Neurocirugía y en cualquier otro servicio clínico.

Los indicadores de riesgo social que se establecen como criterios de especial atención en este protocolo son:

- Vivir sola/o.
- Convivir con otras personas de la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad...)
- Escasa o nula red social de apoyo.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Dificultades económicas graves expresadas por pacientes o familias.
- Situación de dependencia severa o gran dependencia.
- Pacientes en situación de vulnerabilidad social (personas/pacientes inmigrantes con dificultades sociales, pacientes en situación de calle, pacientes con capacidad civil modificada y otros).

Círcito de acceso

- Por orden clínica, remitida por el servicio de hospitalización donde se encuentra ingresada la persona.
- A demanda de pacientes, familias y/o personas cuidadoras.
- Por derivación de otros profesionales de Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Básica (SASB), Servicios Sociales Especializados, Entidades del Tercer Sector y otros.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial.

Se realizará la primera entrevista con la persona y su familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.

Se determinará si la persona presenta deterioro social severo, situación intermedia, o situación social buena.

2. Seguimiento del caso social, en función de la existencia de deterioro social severo y situación intermedia.

3. Estudio y valoración social.

Se estudiarán las siguientes áreas:

a) Área personal y Socio-familiar:

- » Unidad Familiar y de convivencia: dinámica familiar, estructura familiar, ciclo vital, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de Apoyo Familiar:
- » Tamaño de la Red.
- » Percepción de la función familiar.
- » Implicación de la familia.
- » Expectativa del pacientes y familias.
- » Identificación de la persona cuidadora principal, de personas cuidadoras secundarias y otras personas de especial referencia.
- » Medir la sobrecarga de la persona cuidadora.
- » Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
- » Problemas de salud en la persona cuidadora.

b) Área laboral y económica:

- » Situación económica-laboral.

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Discapacidad / dependencia.

d) Características del medio y del entorno:

- » Vivienda (accesibilidad, confort y adaptabilidad)
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.

- El plan de intervención social comprende:

» **Tratamiento psicosocial:**

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con pacientes y familias, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.

» **Información y tramitación de recursos:**

- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en la autonomía y facilite la rehabilitación e integración social.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar de pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos del Plan de Atención Sociosanitaria, Atención Primaria, Servicios Sociales, Servicios Especializados, Centro Monográfico de Neurorrehabilitación, entidades del tercer sector y otros.

El plan de intervención social se consensuará previamente con pacientes y familias, posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado del paciente, procediendo también al registro en la historia social del sistema de información de Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo Socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

La Trabajadora o el Trabajador Social marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida, señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizadas y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán:

- Indicador de demanda social que se realiza a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.
- Indicador de necesidad social detectada.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el Protocolo de Intervención Social para personas con Diagnóstico de Daño Cerebral Sobrevenido y Atención Social a la Familia.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de Intervención Social para personas con Diagnóstico de Daño Cerebral Sobrevenido y Atención Social a la Familia, que presentan deterioro social severo.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de Intervención Social para personas con Diagnóstico de Daño Cerebral Sobrevenido y Atención Social a la Familia, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en dispositivo residencial como recurso finalista.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de Intervención Social para personas con Diagnóstico de Daño Cerebral Sobrevenido y Atención Social a la Familia, que en la planificación del alta hospitalaria son derivadas al Centro Monográfico de Rehabilitación Neurológica.
- Números de personas incluidas en el Protocolo de Intervención Social para personas con Diagnóstico de Daño Cerebral Sobrevenido y Atención Social a la Familia, que en la planificación del alta hospitalaria son derivadas a un recurso intermedio hasta la asignación de plaza en el recurso idóneo.

11.6. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Introducción

La violencia contra las mujeres es la manifestación más cruel de la desigualdad y las relaciones de poder del hombre con respecto a la mujer. La atención social es un eslabón necesario para abordar eficazmente el problema de la violencia de género, asumiendo responsabilidades en la prevención, detección, tratamiento y seguimiento. Interpretando la violencia de género como un grave problema que afecta a los derechos humanos de las mujeres, además de constituir un problema prioritario de salud pública.

Definición

La intervención social de las Trabajadoras Sociales y los Trabajadores Sociales Sanitarios en el ámbito hospitalario siempre debe ser concebida como un proceso facilitador que ayude a la mujer a entender lo que le está sucediendo, acompañándola en la toma de decisión de los cambios que puede realizar para mejorar la situación; visibilizando a las “víctimas invisibles” de la violencia de género y tomando conciencia de las severas consecuencias que conlleva para cualquier menor desarrollarse en un ambiente de este tipo.

Objetivo general

Garantizar atención social a la mujer víctima de violencia de género y a sus hijas e hijos, así como a las personas dependientes a su cargo, promoviendo la intervención social desde una visión de proactividad, interdisciplinariedad, integralidad y trabajo en red.

Objetivos específicos

- Facilitar desde la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria la detección precoz de las situaciones de violencia de género.
- Ayudar a la mujer víctima de violencia de género en la toma de conciencia de su problemática.
- Apoyar a la mujer en la toma de decisiones encaminadas hacia su empoderamiento y libertad.

- Informar, orientar y asesorar a la mujer sobre las actuaciones que puede emprender, y sobre los derechos y recursos a los que puede acceder.
- Articular los mecanismos de coordinación adecuados entre los distintos servicios clínicos implicados y otros ámbitos de la administración implicados en la realización del itinerario a seguir.

Población diana

Mujeres víctimas de violencia de género y sus hijas e hijos, que acudan a la Unidad de Trabajo Social del hospital, o sean derivadas a esta unidad desde otros servicios clínicos (urgencias, traumatología, etc.) o desde Atención Primaria u otros organismos, para el abordaje de las situaciones de violencia de género.

Círculo de acceso

Las diferentes vías de entrada de la mujer a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria, conlleva diferentes itinerarios:

- Entrada directa a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria por demanda de la mujer en situación de la violencia de género.
- Entrada directa a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria por demanda de la mujer, en primer momento sin reconocer situación de violencia de género y posteriormente reconocer encontrarse en esa situación.
- Entrada programada a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria por derivación de otros servicios clínicos del hospital: Urgencias, Traumatología, Neurocirugía, Psiquiatría y otros.
- Entrada programada a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria por derivación de Centros de Atención Primaria, Servicios de Atención Social Básica, Casa de la Mujer y otro organismo.

Procedimiento a seguir por la figura profesional de Trabajo Social Sanitario

El procedimiento a seguir, según manifieste o no situación de maltrato:

- Si la mujer no manifiesta situación de violencia o manifiesta relaciones conflictivas, pero no considera que sean de malos tratos, se valorará la existencia de indicadores de sospecha:
- Si no existen indicadores de sospecha se considerará que no existe riesgo y se registrará en la historia social, cerrándose el procedimiento.

- Si existen indicadores de sospecha, se realizará entrevista exploratoria pudiéndose dar los siguientes supuestos:
 - » **1. La mujer no reconoce sufrir malos tratos**, pero hay suficientes indicadores de sospecha, en esta situación se trabajará con la mujer la toma de conciencia de la situación de violencia que pueda estar sufriendo.
 - » **2. La mujer sí reconoce sufrir malos tratos**, en este caso se trabajará con la mujer la salida de la situación de violencia, trabajando la toma de conciencia e iniciando la valoración social del riesgo y la valoración sociofamiliar.

Valoración social del riesgo

Tanto si se reconoce el maltrato, como si no, se realizará una valoración del riesgo en la que se determinará si existe o no peligro extremo para la mujer, hijos e hijas y personas a su cargo.

Indicadores para realizar la valoración del riesgo:

- Percepción por parte de la mujer de peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida como de peligro extremo.
- Lesiones graves.
- Amenazas o acoso a pesar de haberse efectuado la separación.
- Repetición del ciclo de la violencia de forma continuada.
- Malos tratos a hijas/os u otras personas integrantes de la familia.
- Aislamiento creciente.
- Aumento de intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Agresiones sexuales repetidas.
- Amenazas por parte del agresor con armas o uso de las mismas (existencia de armas de fuego en el domicilio).
- Amenazas o intentos de homicidio a ella o sus hijas/os.
- Amenazas o intentos de suicidio de la mujer a causa de los problemas con la pareja.
- Amenazas o intentos de suicidio del agresor.
- Comportamiento violento del agresor también fuera del hogar.

- Celos extremos, control de sus actividades diarias.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor.
- Disminución o ausencia de arrepentimiento del agresor.

En caso de existir riesgo extremo, se procederá a coordinar el caso con el Juzgado, Fiscalía, Cuerpos de seguridad, Proyecto Pilar de Atención Psicológica de Urgencia, Programa de Asesoría y Orientación Jurídica de Urgencia, Casa de la Mujer, etc...

A lo largo del procedimiento se determinará también si existen indicadores de desprotección en los menores y en caso de darse, se procederá conforme a lo establecido por la Dirección General de Infancia y Familia para la notificación de situaciones de riesgo y desprotección de los menores.

1. Estudio y Valoración Socio-Familiar.

Se valorará las siguientes áreas:

a) Situación Socio- Familiar:

- » Composición de la unidad de convivencia.
- » Identificación de otras personas del ámbito familiar en riesgo.
- » Red de apoyo.
- » Identificación de las personas de apoyo.
- » Personas de especial referencia.

b) Situación socio-laboral: si procede.

- » Nivel de instrucción.
- » Profesión habitual.
- » Ocupación.

c) Situación económica: si procede.

- » Ingresos propios e ingresos de la unidad de convivencia.
- » Vivencia subjetiva de la situación económica.
- » Posibilidades de acceso directo al dinero de la unidad de convivencia.

d) Situación Sanitaria:

- » Motivo de atención en urgencias o de hospitalización.
- » Problemas de salud.
- » Discapacidad.

e) Vivienda: si procede.

- » Tenencia
- » Habitabilidad.
- » Equipamiento.

2. Diagnóstico Social Sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables Socio-familiares, que afectan a la mujer y familia en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

3. Plan de Intervención Social.

- Planificar 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.

El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social, estableciendo un vínculo terapéutico con la mujer, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión.
- La intervención se basa en cuatro aspectos:
 - La confianza de la mujer en el profesional.
 - Las expectativas de ayuda por parte de la víctima.
 - La exposición de razonamientos optimistas.
 - La participación activa de la mujer.
- Durante la intervención, hemos de:
 - Comprender la conducta de la mujer maltratada dentro de un contexto de maltrato y violencia.
 - Comprender el trauma psicológico y las secuelas que crean los malos tratos en una relación donde existe o ha existido intimidad.
 - Dar credibilidad al relato.
 - No aumentar el riesgo que pueda estar viviendo la mujer y sus hijos. En la intervención anteponer la seguridad siempre.

- Trabajar en coordinación con el equipo asistencial **para garantizar el Plan Seguridad. Para ello, se analizarán los siguientes elementos:**

- La naturaleza y patrón del maltrato.
- Los factores que inciden en el mantenimiento y en las consecuencias de los malos tratos y en las estrategias utilizadas hasta ahora para afrontarlos.
- Los apoyos y/o recursos con los que cuenta la mujer.

- **Teniendo en cuenta los siguientes objetivos:**

- Aumentar la seguridad de la mujer.
- Ayudarla en el proceso de toma de decisiones.
- Proporcionarle un espacio donde se sienta escuchada.
- Respetar sus tiempos.

El profesional de Trabajo Social Sanitario del hospital, durante la elaboración del Plan de Intervención Social:

- Informará a la mujer de la situación en la que se encuentra, ayudándole a relacionar los síntomas que presenta con la situación de violencia que está sufriendo, explicándole el funcionamiento de la violencia de género. Asimismo, planteará las posibles estrategias a seguir, apoyándole en la toma de decisiones, sin presionar ni culpabilizar.
- Informará a la mujer de sus derechos y los recursos que existen.
- Abordará las situaciones de riesgo psicosocial detectadas.
- Recabará de la mujer el consentimiento informado para el tratamiento de sus datos de carácter personal, y el intercambio de información entre los profesionales.

» **Información y tramitación de recursos:**

- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones y servicios sociales, psicológicos y jurídicos que respondan a las necesidades personales y familiares.
- Valoración del recurso social adecuado que le permita afrontar los cambios con seguridad y disponer de atención integral.
- Apoyar a la mujer y red de apoyo en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen el soporte idóneo en cada caso.

- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos de la red extremeña de atención a mujeres víctimas de violencia de género.

El plan de intervención social se consensuará previamente con la mujer y red de apoyo familiar y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado de la paciente, procediendo al registro en la Historia Social en el sistema de información de Jara Asistencial.

Actuación con las hijas e hijos de las víctimas de violencia de género

Se analizará también la situación de las hijas e hijos de las víctimas por si ésta exigiera alguna intervención social.

De la misma forma que garantizamos los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género en virtud de la legislación vigente, debemos proteger los derechos de las hijas e hijos.

Las hijas e hijos de las víctimas también viven y crecen en un entorno familiar donde está presente la violencia de género, afectándoles de muchas formas:

- Condicionando su bienestar y su desarrollo.
- Pudiendo causar serios problemas de salud.
- Convirtiéndoles en instrumento para ejercer el dominio y violencia sobre la mujer.
- Favoreciendo la transmisión intergeneracional de las conductas violentas.

Plan de seguridad

El plan de seguridad tiene como objetivo proporcionar a la mujer una atención integral e integrada, que, en la situación de salir del domicilio en caso de riesgo, se garantice un escenario de protección.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada, individual, centrada en la mujer y sus hijas/os.

Algunas consideraciones a tener en cuenta durante la primera entrevista son:

- Recibir a la mujer sola, escucharla, creerla e intentar que se sienta cómoda y segura.
- Asegurar la confidencialidad de la entrevista.
- Informar a la mujer de que el maltrato es un problema que afecta a otras mujeres puede ayudarle a disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento.
- Informar sobre sus derechos y los de sus hijas/os, así como los recursos que tiene a su disposición.
- Transmitir que ella no tiene responsabilidad en el maltrato siendo el mismo un delito.
- Explicar que precisa ayuda y en qué sentido se le puede ayudar.
- Recomendar que no comente esta conversación con su pareja.
- Dejar claro que siempre tendrá abierta la puerta profesional sea cual sea su decisión y el devenir de las circunstancias.
- Entrevista con la red de apoyo familiar o personas de especial referencia.
- Informe Social, según modelo establecido en Jara Asistencial.
- Historia Social, según modelo establecido en Jara Asistencial.

4. Evaluación.

Desde Trabajo Social se marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida. Señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizadas y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán:

- Indicador de demanda social que se realiza a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de mujeres incluidas en el Protocolo de Atención social a Mujeres Víctimas de Violencia de Género desde la Atención Hospitalaria.
- Número de mujeres menores incluidas en el Protocolo de Atención social a Mujeres Víctimas de Violencia de Género desde la Atención Hospitalaria.
- Número de hijas/os o personas a cargo de mujeres incluidas en el Protocolo de Atención social a Mujeres Víctimas de Violencia de Género desde la Atención Hospitalaria.
- Número de mujeres incluidas en el Protocolo de Atención social a Mujeres Víctimas de Violencia de Género desde la Atención Hospitalaria que presentan riesgo extremo.
- Número de mujeres incluidas en el Protocolo de Atención social a Mujeres Víctimas de Violencia de Género desde la Atención Hospitalaria, derivadas a la Casa de La Mujer.

10.7. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON PACIENTES EN ESTUDIO DE PRETRASPLANTE HEPÁTICO Y ATENCIÓN SOCIAL A LA FAMILIA

Definición

La figura del profesional de Trabajo Social en el proceso sanitario de estudio de pre-trasplante hepático estudia las condiciones psicosociales de pacientes y familias, valora sus necesidades, dificultades y fortalezas, con el fin de que puedan seguir las indicaciones terapéuticas o de facilitar los recursos sociales o sociosanitarios necesarios para ello.

Objetivo general

Valorar y tratar los factores psicosociales de pacientes y familias que puedan dificultar la evolución favorable del proceso de enfermedad, con el fin de paliarlos o eliminarlos, asegurando los soportes de apoyo precisos para un desarrollo óptimo de la continuidad asistencial.

Objetivos específicos

- Detectar los factores de riesgo psicosocial de cada paciente y red de apoyo familiar.
- Priorizar las necesidades y problemas sociales de pacientes y familias
- Identificar los factores de protección personal y familiar.
- Informar y asesorar al equipo asistencial de la situación social de pacientes y familias, de sus necesidades, fortalezas y de los recursos de apoyo a utilizar.
- Gestionar y asegurar las medidas de soporte post-alta.

Población diana

Pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada o aguda irreversible, que cumple los criterios clínicos establecidos en el protocolo de estudio de pretrasplante hepático.

Los indicadores de riesgo social que se establecen como criterios de especial atención son:

- Vivir sola/o.
- Convivir con otras personas que forman parte de la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (mayores, discapacitados...).
- Antecedentes de conductas adictivas.
- Escasa o nula red de apoyo social.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Vivienda en condiciones deficitarias o falta de vivienda.
- Dificultad económica expresada por pacientes o familias.
- Pacientes en situación de vulnerabilidad social (personas inmigrantes con dificultades sociales, pacientes en situación de calle, pacientes con capacidad civil modificada y otros).

Círculo de acceso

- Por orden clínica, remitida por el Servicio de Digestivo.

Fase de intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial en pacientes ingresados.

Se realizará la primera entrevista con pacientes y familias entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.

Se determinará la persona presenta deterioro social severo, situación intermedia, o situación social buena.

2. Seguimiento del caso social, en función de la existencia de deterioro social severo y situación intermedia.

3. Estudio y valoración social.

Se estudiará las siguientes áreas:

a) Área personal y Socio-familiar:

- » Unidad Familiar y de convivencia: dinámica familiar, estructura familiar, ciclo vital, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de apoyo familiar.

- » Tamaño de la red.
- » Percepción de la función familiar.
- » Implicación de la familia.
- » Expectativa de pacientes y familia.
- » Identificación de la persona cuidadora principal, personas cuidadoras secundarias y otras personas de especial referencia.
- » Sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación familiar.
- » Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
- » Problemas de salud en la persona cuidadora.

b) Área laboral y económica:

- » Situación económica-laboral de cada paciente y unidad de convivencia.

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Discapacidad / dependencia.

d) Características del medio y del entorno:

- » Vivienda (accesibilidad, confort y adaptabilidad)
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» **Tratamiento psicosocial:**

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con pacientes y familias, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Información y orientación sobre ajustes o cambios a realizar para los objetivos del proceso.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.

» **Información y tramitación de recursos:**

- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en el proceso de enfermedad.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar a pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social y presentación en la Comisión de valoración de pacientes en estudio de pretrasplante hepático.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos del Plan de Atención Sociosanitaria, Atención Primaria, Equipo de conductas Adictivas, (ECAS), Servicios Sociales, Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.
- El plan de intervención social se consensuará previamente con pacientes y familias y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado de la persona, procediendo al registro en la Historia Social del sistema de información de Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

La figura del Trabajador Social marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida, señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizados y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán:

- Indicador de demanda social que se realiza a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.
- Indicador de necesidad social detectada.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con la persona en estudio de pretrasplante hepático y atención social a la familia.

- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con la persona en estudio de pretrasplante hepático y atención social a la familia, que presentan deterioro social severo.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con la persona en estudio de pretrasplante hepático y atención social a la familia, que son derivados al Equipo de Conductas Adictivas (ECA) para inicio de tratamiento o seguimiento.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con la persona en estudio de pretrasplante hepático y atención social a la familia, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en centro sociosanitario como periodo temporal de convalecencia.

10.8. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA Y A SU RED DE APOYO FAMILIAR

Definición

La fractura de cadera es un problema de salud, cuya incidencia aumenta a partir de los 65 años, siguiendo un patrón exponencial hasta la edad de 84 años. Es la causa más frecuente de ingreso hospitalario, en los Servicios de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Es una lesión que implica una alta morbilidad y mortalidad, con importantes repercusiones sanitarias, sociales y económicas.

La figura del Trabajador Social Sanitario durante el periodo de hospitalización interviene directamente con pacientes y familias y de manera coordinada con el resto del equipo asistencial, valorando la situación sociofamiliar y planificando el soporte de apoyo necesario en la fase de recuperación funcional y de cuidados, que se prevean en la planificación del alta hospitalaria.

Objetivo general

Complementar la atención integral desde la perspectiva social, dando respuesta a las necesidades sociales y sociosanitarias que presenten pacientes y familias en el proceso de recuperación.

Objetivos específicos

- Informar, asesorar y orientar al equipo asistencial sobre los aspectos psicosociales de las personas, que puedan incidir en el proceso de recuperación.
- Ofrecer apoyo psicosocial durante el proceso asistencial a pacientes, familias y personas cuidadoras.
- Asegurar una adecuada continuidad asistencial y favorecer un tratamiento rehabilitador que integre al paciente en su medio habitual.
- Coordinar la atención social y sociosanitaria entre los distintos niveles asistenciales y otros sistemas de protección social, con el fin de garantizar la adaptación e integración social de la persona.

Población diana

La población diana la componen pacientes mayores de 65 años, cuyo principal motivo de ingreso hospitalario es el diagnóstico de fractura de cadera.

Los indicadores de riesgo social que se establecen como criterios de especial atención son:

- Vivir sola/o.
- Convivir con otras personas de la familia que pertenezcan a grupos sociales vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad...).
- Escasa o nula red de apoyo social.
- Sobrecarga o claudicación de las personas cuidadoras.
- Vivienda en condiciones deficitarias o falta de vivienda.
- Situación de discapacidad o dependencia previa al ingreso.
- Pacientes en situación de vulnerabilidad social (personas inmigrantes con dificultades sociales, pacientes en situación de calle, pacientes con capacidad civil modificada y otros).

Círculo de acceso

- Por orden clínica, remitida por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- A demanda de pacientes, familias y personas cuidadoras.
- Por derivación de otros profesionales de Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Básica (SASB), Servicios Sociales Especializados, Entidades del Tercer Sector y otros.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial en pacientes ingresados.

- Se realizará la primera entrevista con cada paciente y su familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.
- Se determinará si la persona presenta deterioro social severo, situación intermedia, o situación social buena.

2. Seguimiento del caso social, en función de la existencia de deterioro social severo y situación intermedia.

3. Estudio y valoración social.

Se estudiará las siguientes áreas:

a) Área personal y Socio-familiar:

- » Unidad familiar y de convivencia: dinámica familiar, estructura familiar, ciclo vital, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de apoyo familiar.
- » Tamaño de la red.
- » Percepción de la función familiar.
- » Implicación de la familia.
- » Expectativa pacientes y familias.
- » Identificación de la persona cuidadora principal, personas cuidadoras secundarias y otras personas de especial referencia.
- » Sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación familiar.
- » Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
- » Problemas de salud en la persona cuidadora.

b) Área laboral y económica:

- » Situación económica de cada paciente y unidad de convivencia.

c) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Discapacidad / dependencia.

d) Características del medio y del entorno:

- » Vivienda (accesibilidad, confort y adaptabilidad)
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.

- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado, registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» **Tratamiento psicosocial:**

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con pacientes y familias, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Información y orientación sobre ajustes o cambios a realizar para los objetivos del proceso de recuperación.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.

» **Información y tramitación de recursos:**

- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en el proceso de recuperación.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar a pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos de Atención Primaria, Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales, Servicios Especializados y entidades del tercer sector.

El plan de intervención social se consensuará previamente con pacientes y familias y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado de la persona, procediendo al registro en la Historia Social en el sistema de información de Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit - Escala abreviada de sobrecarga del cuidador
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

La figura del Trabajador Social marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida, señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizados y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán:

- Indicador de demanda social que se realiza a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.
- Indicador de necesidad social detectada.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes mayores con fractura de cadera y a su red de apoyo familiar.

- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes mayores con fractura de cadera y a su red de apoyo familiar, que presentan deterioro social severo.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes mayores con fractura de cadera y a su red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria se gestiona y deriva a centro residencial como recurso finalista.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes mayores con fractura de cadera y a su red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en centro sociosanitario como periodo temporal de convalecencia.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes mayores con fractura de cadera y a su red de apoyo familiar, que en la planificación del alta hospitalaria regresan al domicilio con apoyo familiar y de atención domiciliaria.

10.9. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A PACIENTES CRÓNICOS CON DIFICULTADES SOCIOFAMILIARES

Definición

Cada familia vive la enfermedad de forma particular, y los factores que hace que respondan de un modo u otro, y por lo tanto, que definan la predisposición de la familia ante la enfermedad, son numerosos y variados pudiéndose concretar en los siguientes: el nivel de gravedad de la enfermedad, la persona de la familia enferma, la situación socioeconómica, la capacidad física y de responsabilidad que puedan asumir los familiares para cuidar a la persona enferma, los recursos externos de apoyo con los que cuenten, la relación afectiva existente, la tensión emocional, y la experiencia previa de otras personas de la familia ante la enfermedad.

Las dificultades personales y familiares para hacer frente al problema de salud es una de las principales causas de malestar que las y los Trabajadores Sociales de ámbito hospitalario nos encontramos, además de las dificultades económicas relacionadas con los gastos extraordinarios derivados del cuidado de la persona, disminución de los ingresos económicos sobre todo cuando se trata de una persona económicamente activa de la familia.

La Trabajadora Social o el Trabajador Social Sanitario realizará el estudio de la problemática social que presenta la/el paciente crónica/o, así como de sus necesidades, fortalezas y valorará el recurso idóneo en el momento del alta a fin de garantizar la continuidad de cuidados.

Objetivo general

Detectar las dificultades sociofamiliares y económicas que presenta cada paciente, así como planificar la adecuada utilización de los recursos sociales para el mantenimiento o mejora de la calidad de vida de la persona una vez dado de alta.

Objetivos específicos

- Identificar las dificultades personales, familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud de cada paciente.
- Contribuir a que las personas recuperen calidad de vida y a su vez que sean parte activa en la toma de decisiones y ejercer el control sobre su vida personal.

- Informar, orientar y asesorar al equipo asistencial sobre los aspectos psicosociales de pacientes y familias que puedan incidir en el proceso de enfermedad.
- Asegurar la continuidad de la asistencia sociosanitaria en la planificación del alta hospitalaria.

Población diana

Pacientes con enfermedad crónica que presentan dificultades sociofamiliares, que se encuentren en situación de ingreso en las distintas unidades hospitalarias.

Los criterios de derivación e inclusión en este protocolo son:

- Paciente no acompañado en el ingreso.
- Vive sola/o y/ o precisa ayuda temporal o permanente.
- Escasa o nula red de apoyo familiar.
- Grado de dependencia severa o va a precisar ubicación terapéutica fuera del domicilio.
- No comprensión o seguimiento de las pautas terapéuticas.
- Pertenecer a grupos de especial riesgo de padecer exclusión social: personas en situación de calle, personas inmigrantes, minorías étnicas, personas con discapacidad, pacientes con VIH, paciente con conductas adictivas, personas ex-reclusas, etc.

Círculo de acceso

El acceso a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria se realizará:

- Mediante orden clínica, remitida por el servicio clínico donde se encuentre la persona hospitalizada.
- A demanda de pacientes, familiares y personas cuidadoras.
- Derivación de otros profesionales de otros ámbitos.

Fases de la intervención de la figura del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial.

- Se realizará la primera entrevista con cada paciente y su familia entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.

- Se determinará si el paciente presenta deterioro social severo, situación intermedia, o situación social buena.

2. Seguimiento del caso social, en función de la existencia de deterioro social severo y situación intermedia.

3. Estudio y valoración social.

Se estudiará y valorará las siguientes áreas:

a) Área personal y Socio- familiar:

- » Unidad de Convivencia
- » Dinámica familiar.
- » Estructura familiar.
- » Funcionalidad.
- » Resiliencia del Sistema Familiar.
- » Red de apoyo familiar:
 - Personas cuidadoras formales e informales.
 - Identificación de la persona cuidadora principal y secundaria.
 - Organización de los cuidados.
 - Sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación.
 - Competencias y habilidades de la persona cuidadora.
 - Recursos institucionales, titularidad, tipo de servicio, periodicidad y horario, coste, satisfacción.

b) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.

c) Área económico- laboral:

- » Ingresos propios.
- » Ingresos unidad de convivencia.
- » Gastos derivados de los cuidados extraordinarios.

d) Área jurídico- legal:

- » Incapacidad.

e) Características del medio y del entorno:

- » Situación de la vivienda: tipología, régimen, de tenencia, habitabilidad, equipamiento, barreras arquitectónicas.
- » Relaciones con el entorno: ocio, aficiones, visitas que recibe.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables Socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con el paciente y familia, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Información y orientación sobre ajustes o cambios a realizar para los objetivos del proceso de enfermedad.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.
- Mediar ante situaciones de conflicto familiar.

» Información y tramitación de recursos:

- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en el proceso de recuperación.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.

- Apoyar a pacientes y familias en las gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos de Atención Primaria, Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales, Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.
- El plan de intervención social se consensuará previamente con pacientes y familias y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado de la persona, procediendo al registro en la Historia Social del sistema de información Jara Asistencial.

Técnica e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo Socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.
- Guion de estudio de la situación global de la persona que ejerce como cuidadora principal.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

Se realizará una evaluación continua de la actividad de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria, para determinar si las acciones realizadas, llevan a la consecución de los objetivos fijados. Debe realizarse desde el comienzo y a través de todo el proceso, ya que, de esta manera, se pueden clarificar los objetivos o establecer la necesidad de una modificación cuando se hayan producido cambios en la situación.

Basándonos en datos cuantitativos, como el número de ingresos, de informes realizados, de altas, etc. podremos ver el alcance que ha tenido el protocolo.

Entre los indicadores para evaluar la intervención social podemos destacar:

- Indicador de demanda social, que hace la persona a la Unidad de Trabajo Social/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicador de necesidad social detectada de las personas atendidas por la UTSH/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicador de persona que no necesita recursos/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicadores de adecuación de los recursos que tiene necesidad de dicho recurso/total de población cubierta dentro del protocolo.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que presentan deterioro social severo.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que en la planificación del alta hospitalaria se gestiona y deriva a centro residencial como recurso finalista.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que en la planificación del alta hospitalaria precisan de continuidad asistencial en centro sociosanitario como periodo temporal de convalecencia.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social al a pacientes crónicos con dificultades sociofamiliares, que en la planificación del alta hospitalaria regresan al domicilio con apoyo familiar y de atención domiciliaria.

10.10. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOCIAL A PACIENTES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA Y APOYO SOCIAL A LA RED FAMILIAR

Definición

La atención a las personas con enfermedades avanzadas debe ser integral y tener en cuenta su entorno más cercano. La identificación de las dificultades y problemas sociales permite poner en marcha métodos de detección, pautas de apoyo y de intervención.

La figura del Trabajador Social Sanitario es el profesional que se encarga de realizar la valoración y tratamiento de aquellos condicionantes familiares y sociales que no son estrictamente sanitarios, pero que se producen debido a la enfermedad o a lo largo de la evolución de la misma.

La intervención profesional incluye la atención directa a pacientes y familias, aportando el diagnóstico social sanitario, al diagnóstico general, que facilite la planificación de las intervenciones en función de las potencialidades, prioridades y posibilidades de mantener un adecuado nivel de atención y confort a pacientes y familias en esta fase de la enfermedad.

Las necesidades de las personas en situación de enfermedad avanzada son cambiantes y multifactoriales, por lo que resulta imprescindible la coordinación entre diferentes profesionales con implicación y niveles asistenciales.

Objetivo general

Detectar e intervenir en las necesidades psicosociales que presentan las personas hospitalizadas afectadas por una enfermedad avanzada, con evolución progresiva e inevitable hacia el deterioro, prestando especial dedicación a la familia.

Objetivos específicos

- Estudiar y valorar los factores de riesgo psicosocial de pacientes y red de apoyo familiar.
- Identificar las dificultades, factores causales limitantes o facilitadores en el contexto de pacientes.

- Reforzar el papel de las familias y reconocimiento de las personas cuidadoras principales como eje principal en la organización de los cuidados.
- Favorecer la comunicación entre pacientes, familias y equipos asistenciales.
- Contribuir a planificar el alta hospitalaria garantizando la continuidad de la asistencia sociosanitaria que precise la persona usuaria a su salida del hospital.

Población diana

Paciente con enfermedad evolutiva avanzada, con limitación funcional severa no reversible, con alto nivel de sufrimiento y con existencia de gran impacto emocional en pacientes y familiares.

Otros criterios específicos de especial atención en este protocolo son:

- Pacientes que van sin acompañamiento en el ingreso.
- Vive sola/o y/o precisa ayuda temporal o permanente.
- Carece de persona cuidadora válida o existe claudicación familiar.
- Situación de dependencia severa o va a precisar ubicación terapéutica fuera del domicilio.
- No comprensión o seguimiento de las pautas terapéuticas.
- Dificultad de adaptación familiar.
- Pertenecer a grupos de especial riesgo de padecer exclusión social: personas en situación de calle, personas inmigrantes, minorías étnicas, personas con discapacidad, pacientes con VIH, drogodependencias, personas ex-reclusas, etc...

Círculo de acceso

- Mediante orden clínica, remitida por el servicio clínico donde se encuentre la persona hospitalizada.
- A demanda de pacientes, familiares y personas cuidadoras.
- Derivación de profesionales de otros ámbitos: Atención Primaria. Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica, Servicios Sociales Especializados y otras entidades del tercer sector.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social inicial en personas ingresadas.

- Se realizará la primera entrevista con pacientes y familias entre las 48 y 72 horas del ingreso hospitalario.
- Se determinará si la persona presenta deterioro social severo, situación intermedia, o situación social buena.

2. Seguimiento del caso social, en función de la existencia de deterioro social severo y situación intermedia.

3. Estudio y valoración social.

Se estudiará y valorará las siguientes áreas:

a) Área personal y socio- familiar:

- » Unidad de Convivencia
- » Dinámica familiar. Ciclo vital.
- » Estructura familiar.
- » Funcionalidad.
- » Resiliencia del sistema familiar.

• Red de apoyo:

- Red familiar.
- Personas cuidadoras formales e informales.
- Identificación de las personas cuidadoras principales y secundarias
- Organización de los cuidados.
- Sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación familiar.
- Competencias y habilidades de la persona cuidadora.
- Apoyo social institucional: recursos institucionales, titularidad, tipo de servicio, periodicidad y horario, coste, satisfacción.

b) Área de salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.

c) Área económico- laboral:

- » Ingresos propios.
- » Ingresos unidad de convivencia.
- » Gastos derivados de los cuidados extraordinarios.

d) Área Jurídico- Legal:

- » Incapacidad.
- » Identificación de la persona tutora o representante legal.

e) Características del medio y del entorno:

- » Situación de la vivienda: tipología, régimen, de tenencia, habitabilidad, equipamiento, barreras arquitectónicas.
- » Relaciones con el entorno: ocio, aficiones, visitas que recibe...

Dentro de la valoración social del paciente se identificará y valorará a la persona que ejerce como cuidador/a principal:

- » Capacidad y disponibilidad de ayuda.
- » Riesgo de sobrecarga.
- » Apoyos internos y externos con los que cuenta.
- » Estado de salud.
- » Relación con la persona.
- » Situación laboral y económica.
- » Acontecimientos vitales estresantes.
- » Función familiar.
- » Relaciones con su entorno.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» **Tratamiento psicosocial:**

- Acompañamiento social en el proceso de enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con pacientes y familias, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Información y orientación sobre ajustes o cambios a realizar para mejorar la situación de enfermedad a nivel individual y familiar.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.
- Mediar ante situaciones de conflicto familiar.
- Información y tramitación de recurso:
- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en el proceso asistencial.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar a pacientes y familias en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y socio sanitarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos de Atención Primaria, Equipo de Cuidados Paliativos, Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales de atención Social Básica (SASB), Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.

El plan de intervención social se consensuará previamente con cada persona y familia y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado, procediendo al registro en la Historia Social del sistema de información Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista semiestructurada con la persona que desempeña el rol de cuidador/a principal.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario del estado mental Pleiffer.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.
- Guion de estudio de la situación global de la persona que ejerce como cuidadora principal.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

6. Evaluación.

Se realizará una evaluación continua de la actividad de la UTSH, para determinar si las acciones realizadas, llevan a la consecución de los objetivos fijados. Debe realizarse desde el comienzo y a través de todo el proceso, ya que, de esta manera, se pueden clarificar los objetivos o establecer la necesidad de una modificación cuando se hayan producido cambios en la situación.

Basándonos en datos cuantitativos, como el número de ingresos, de informes realizados, de altas, etc. podremos ver el alcance que ha tenido el protocolo.

Entre los indicadores para evaluar la intervención social podemos destacar:

- Indicador de demanda social, que realiza la persona a la Unidad de Trabajo Social/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicador de necesidad social detectada de las personas atendidas por la UTSH/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicador de persona que no necesita recursos/ total de población cubierta dentro del protocolo.
- Indicadores de adecuación de los recursos, que tiene necesidad de dicho recurso/total de población cubierta dentro del protocolo.
- Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes en situación de enfermedad avanzada y apoyo a la red familiar.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes en situación de enfermedad avanzada y apoyo a la red familiar que presentan deterioro social severo.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes en situación de enfermedad avanzada y apoyo a la red familiar, que en la planificación del alta hospitalaria se gestiona y deriva a centro residencial como recurso finalista.
- Número de personas incluidas en el protocolo de atención social a pacientes en situación de enfermedad avanzada y apoyo a la red familiar, que en la planificación del alta hospitalaria regresan al domicilio con apoyo familiar y de atención domiciliaria.

10.11. PROTOCOLO DE APOYO PSICOSOCIAL A LA PERSONA CUIDADORA FAMILIAR DE LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Definición

Cuidar a personas con dependencia es una responsabilidad que implica a los familiares más directos. El cuidado individualizado suele recaer en una persona a quien se identifica como persona cuidadora principal. La sobrecarga que genera el cuidado continuado hace preciso que esta persona reciba un soporte de profesionales del ámbito sanitario y / o social. *“La persona cuidadora principal asume la responsabilidad en la atención, apoyo, y cuidados diarios de cualquier tipo de persona enferma. Es quien además la acompaña la mayor parte del tiempo y quien, aparte de la persona enferma, sufre un mayor peligro de agresión sobre su salud, convirtiéndose en sujeto de alto riesgo”*. (Definición adaptada de Sociedad Española de Geriatría y Gerontología).

Objetivo general

Garantizar apoyo emocional a la persona cuidadora principal en situación de dependencia durante la estancia hospitalaria.

Objetivos específicos

- Identificar y valorar a la persona que ejerce como cuidadora principal.
- Reconocer el rol de la persona cuidadora mediante el refuerzo positivo y el reconocimiento de los cuidados.
- Valorar los conocimientos, habilidades, y capacidad para proporcionar los cuidados y autocuidados.
- Detectar la situación de sobrecarga de la persona cuidadora y riesgo de claudicación.
- Promover el reparto de roles de cuidados entre todas las personas que componen la familia teniendo en cuenta todas las posibilidades de la red familiar y social próxima.
- Educar sobre el autocuidado de la persona cuidadora como estrategia de afrontamiento protectora de la sobrecarga.
- Facilitar los recursos necesarios disponibles de una forma ágil y flexible.

Población diana

Personas cuidadoras principales de personas ingresadas en cualquiera de los servicios clínicos del centro hospitalario.

Círculo de acceso

- Mediante orden clínica, remitida por el Servicio de Hospitalización donde se encuentre la persona hospitalizada.
- A demanda del paciente, familiar y/o persona cuidadora .
- Derivación de profesionales de otros ámbitos: Atención Primaria. Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica, Servicios Sociales Especializados y otras Entidades del Tercer Sector.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración social a la persona que ejerce como cuidadora principal:

La valoración incluirá:

- Capacidad y disponibilidad de ayuda.
- Riesgo de sobrecarga.
- Apoyos internos y externos con los que cuenta.
- Estado de salud.
- Relación con cada paciente.
- Situación laboral y económica.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Función familiar.
- Relaciones con su entorno.

2. Diagnóstico social sanitario.

Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a la persona cuidadora principal en el proceso de atención y cuidados de cada paciente, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.

3. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de enfermedad y hospitalización, estableciendo una relación de ayuda con la persona cuidadora principal, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave y la necesidad de autocuidados de la persona cuidadora.
- Información y orientación sobre ajustes o cambios a realizar para mejorar la situación de enfermedad a nivel individual y familiar.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de la persona cuidadora para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Fortalecer aspectos básicos para el autocuidado de la persona cuidadora.
- Promover la comunicación familiar y la expresión de sentimientos para pedir ayuda.
- Mediar ante situaciones de conflicto familiar.

» Información y tramitación de recursos:

- Valoración del recurso social, sanitario y sociosanitario adecuado que permita mejoras en el proceso asistencial y facilite la situación de respiro familiar (voluntariado, asistencia a grupos socioeducativos para personas cuidadora, etc...).
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar a la persona cuidadora en la gestión y trámite de prestaciones y servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios que garanticen unos cuidados óptimos.
- Elaboración de informe social de la persona usuaria y la cuidadora, cuando proceda.
- Coordinación y enlace con los correspondientes dispositivos de Atención Primaria, Equipo de Cuidados Paliativos, Atención Sociosanitaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica (SASB), Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.

El plan de intervención social se consensuará previamente con la persona cuidadora y se registrará en la historia social de cada paciente.

Técnicas e Instrumentos

- Entrevista semiestructurada con la persona que desempeña el rol de cuidador principal.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.
- Guion de estudio de la situación global de la persona que ejerce como cuidadora principal.
- Escala de claudicación familiar SAM.

4. Evaluación.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el protocolo de apoyo emocional a la persona cuidadora principal de pacientes dependientes.
- Número de personas incluidas en el protocolo de apoyo emocional a la persona cuidadora de personas en situación de dependencia que presenta síntomas de sobrecarga.
- Número de personas incluidas en el protocolo de apoyo emocional a la persona cuidadora de personas en situación de dependencia que presenta claudicación en los cuidados.

11.12. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON MENORES EN SITUACIÓN DE INGRESO EN NEONATOS Y PEDIATRÍA Y ATENCIÓN SOCIAL A LA FAMILIA

Definición

La Convención de los Derechos del Niño de la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989, reafirma la necesidad de proporcionar a la infancia cuidado y asistencia especiales en razón de su vulnerabilidad; subraya de manera especial la responsabilidad primordial de la familia por lo que respecta a la protección y la asistencia, la necesidad de una protección jurídica y no jurídica de la niña o el niño antes y después del nacimiento, la importancia del respeto de los valores culturales de la comunidad de la niña o el niño y el papel crucial de la cooperación internacional para que los derechos del niño se hagan realidad.

Todas las medidas respecto de la infancia deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. Corresponde al estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando las madres y padres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo.

11.12.1. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE MENORES EN RIESGO SOCIAL O SITUACIÓN DE MALTRATO INFANTIL

Las niñas y los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios y las personas adultas en general tienen la responsabilidad de proporcionar las condiciones adecuadas que permitan satisfacer las necesidades de la infancia.

Cuando las madres y los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijas e hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes de maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a las y los menores.

El maltrato prenatal es aquel acto intencionado o negligente que causa un efecto nocivo en el feto, siendo algunos indicadores de sospecha, la ausencia de control gestacional, el consumo materno de tóxicos y la problemática social del entorno materno. El maltrato prenatal es un factor de riesgo de maltrato infantil posterior.

Todos los profesionales de la salud desde cualquier nivel de atención tienen la responsabilidad de comunicar la sospecha de maltrato y activar los circuitos de coordinación que garanticen las medidas de protección adecuadas.

Objetivo general

Atender y proteger la salud de la menor o el menor proporcionando una asistencia integral, continuada y coordinada, salvaguardando sus derechos y sus necesidades físico – biológicas, cognitivas, y socioemocionales.

Objetivos específicos

- Reconocer precozmente situaciones que puedan constituir un peligro inminente para la salud y/o la vida de la menor o del menor.
- Detectar e identificar la existencia de una posible situación de riesgo o de maltrato infantil.
- Garantizar la seguridad y el bienestar de la menor o del menor en los casos de urgencias.

Población diana

La población diana estará constituida por la población infantil hospitalizada, atendidos en Consultas Externas o en el Servicio de Urgencias, sobre los que exista la sospecha de riesgo, desprotección o maltrato.

Círcito de acceso

Diferentes itinerarios de acceso a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria:

- Derivación de profesionales de los Servicios de Neonatos, Pediatría y de Urgencias.
- Derivación de Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica, y otros organismos.
- A petición de las madres, los padres, las personas que representan la tutela legal y/o personas cuidadoras tutores legales y/o cuidadores.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Valoración Social Inicial en pacientes en situación de ingreso.

- Se realizará la primera entrevista con la menor o el menor, madres, padres y/o personas con la tutela legal.
- Se determinará junto con el equipo asistencial si la menor o el menor presenta situación de riesgo o sospecha de maltrato, notificando a través de hoja de notificación a los Equipos Territoriales de la Dirección General de Infancia y Familia.
- Se determinará situación de urgencia para aquellos casos con lesiones graves, sospecha manifiesta de desamparo familiar, casos urgentes de malos tratos sexuales (abusos/agresiones sexuales). En estas situaciones se hace necesaria la notificación inmediata al Juzgado de Guardia para la exploración conjunta realizada desde Pediatría y Medicina Forense y la correspondiente hoja de notificación a los Equipo Territoriales de la Dirección General de Infancia y Familia.

2. Seguimiento del caso, en función de la existencia de riesgo social signos de maltrato o certeza de maltrato infantil.

3. Estudio y valoración social.

Se estudiarán las siguientes áreas:

a) Área personal y Socio-familiar:

- » Composición de la unidad de convivencia.
- » Etapa evolutiva de la niña o el niño y de la familia.
- » Acontecimientos vitales estresantes.

b) Área de salud:

- » Problemas de salud de la menor o el menor y familia.
- » Discapacidad/ dependencia de la menor o el menor y familia.

c) Área educativa:

- » Escolarización.
- » Absentismo.
- » Dificultades en el proceso de adaptación y aprendizaje.

d) Área económica, si procede:

- » Ingresos de la unidad de convivencia.
- » Vivencia subjetiva de la situación económica.

e) Características del medio y del entorno:

- » Vivienda.
- » Entorno social y relacional.

4. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables Socio-familiares, que afectan a la menor o el menor y la familia, en el proceso de atención y cuidados de cada paciente, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario que se incluirá en la historia clínica y social.

5. Plan de intervención social.

- Planificar 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.

El plan de intervención social estará integrado en el Plan de Acción Personalizado y se registrará en la historia social.

- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de hospitalización, estableciendo una relación de apoyo a la menor o el menor, ofreciéndole las medidas de seguridad y protección adecuada, respetando su libertad y dignidad.

- Atención a la familia.
- Mediar ante situaciones de conflicto familiar.

» **Información y coordinación:**

- Información y asesoramiento a la familia.
- Identificación e información de la detección de riesgo social de la menor o del menor o situación de maltrato infantil a los Servicios Sociales de Atención Social Básica y al Equipo Territorial de la Dirección General de Infancia y Familia.
- Aportación del Informe Social correspondiente.
- Comunicación de la sospecha de riesgo o situación de maltrato infantil de acuerdo al procedimiento establecido por la Dirección General de Infancia y Familia. (Hoja de detección y notificación del maltrato infantil).
- Activación de los circuitos de coordinación internivel o interinstitucional que garanticen las medidas de protección oportuna.
- Colaboración en todo lo referente al proceso de investigación.

Técnicas e Instrumentos

- Entrevista semiestructurada con el menor.
- Entrevista semiestructurada con los padres o tutores legales.
- Indicadores de detección.

6. Evaluación.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de pacientes menores incluidos en el protocolo que presentan situación de riesgo.
- Número de pacientes menores incluidos en el protocolo que presentan situación de maltrato infantil.

11.12.2. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL ANTE NECESIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA EN EL MENOR Y ATENCIÓN A LA FAMILIA.

Definición

El sistema para la autonomía y atención a la dependencia determinó el Servicio de Atención Temprana como “el conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico y de intervención que de forma coordinada se dirigen a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno, que tienen por finalidad dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y las niñas con trastorno de desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos”.

El Protocolo de Atención Temprana en Extremadura (SEPAD 2018) establece los instrumentos y mecanismos de coordinación entre los distintos departamentos de la administración autonómica para la mejora de la atención temprana prestada a las niñas y los niños de la región menores de seis años.

Objetivo general

Prestar atención social a menores y familias que presenten necesidad de atención temprana, facilitando los instrumentos y mecanismos de coordinación y colaboración establecidos para solicitar la valoración y prestación del servicio.

Objetivos específicos

- Atender las necesidades y demandas de menores, familias y entorno.
- Orientar y apoyar a las familias de menores en el proceso de atención a su desarrollo integral.
- Promover una actuación coordinada y ágil.

Población diana

La población diana la constituyen las niñas y los niños de 0 a 6 años y sus familias, que precisan ingreso o atención en Consultas externas de Neonatos y Pediatría, que presenten cualquier trastorno en su desarrollo, sea de tipo físico, psíquico o sensorial, o con riesgo de padecerlo.

Circuitos de acceso

El Servicio de Pediatría, responsable de la atención de menores que se incluyen en la población diana, derivará a las madres, padres o personas con tutela legal del menor a la Unidad de Trabajo Social Hospitalario a través del procedimiento de derivación establecido para tal finalidad.

Fases de intervención de Trabajo Social Sanitario

- Información y asesoramiento sobre el Servicio de Atención Temprana.
- Gestión y tramitación según modelo establecido en el protocolo de coordinación SEPAD y SES para la coordinación y mejora del servicio de atención temprana.
- Elaboración de informe social, cuando proceda.
- Registro de la prestación en Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada con los padres o tutores legales.
- Indicadores de detección de riesgo social, si procede.

Evaluación.

El indicador de evaluación de este protocolo será el siguiente:

- Número de pacientes menores que se incluyen en el protocolo que presentan necesidad de atención temprana.

11.12.3. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN Y APOYO A PADRES Y TUTORES LEGALES DE MENORES INGRESADOS Y EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Definición

Los aspectos de interrelación mutua entre madre-hijo son fundamentales desde el punto de vista de la humanización, por ello las políticas de humanización de los centros hospitalarios promueven facilitar la unión madre-hijo durante el proceso de hospitalización.

La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna son actividades reconocidas para la protección de los derechos del niño (Asamblea General de las Naciones Unidas 1989. Convención de los Derechos del niño).

Objetivo general

- Facilitar la permanencia de las madres, los padres y/o personas con la tutela legal junto a sus hijas/os durante el proceso de hospitalización.

Objetivos específicos

- Favorecer la lactancia materna, fomentando la participación de las madres en grupos de apoyo de lactancia natural fuera del hospital, según estrategia de IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y lactancia).
- Facilitar que las madres y los padres en situación de dificultad social puedan permanecer junto a sus hijas/os durante el periodo de hospitalización.

Población diana

Madres, padres o personas con la tutela legal de menores en situación de hospitalización en el Servicio de Pediatría y de Neonatos.

Círculo de acceso

Para la solicitud y valoración del dispositivo para madres, padres o personas con la tutela legal de menores en situación de hospitalización.

Los diferentes itinerarios de acceso a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria:

- Orden clínica del caso, remitida por los profesionales de los Servicios de Neonatos, Pediatría y de Urgencias que atienden a los menores.
- Derivación de Centros de Atención Primaria, Servicios de Atención Social Básica, y otros organismos.
- A petición de madres, padres o personas con la tutela legal y/o personas cuidadoras.

Fases de intervención

- Facilitar soporte emocional a las madres, padres o personas con la tutela legal de las y los menores en situación de hospitalización.
- Realizar estudio del caso y valoración social.
- Elaborar diagnóstico social sanitario y plan de intervención.
- En función a los recursos establecidos en cada área de salud, relativos al alojamiento para madres, padres o personas con la tutela legal de las y los menores hospitalizados, (Residencias de Familiares, Viviendas para madres y padres de menores en situación de hospitalización concierto con hoteles, pisos...), se procederá a la gestión y trámite del dispositivo residencial.
- Registro de la intervención en el sistema de información Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada con los padres o tutores legales.
- Indicadores de detección de riesgo social, si procede.

Evaluación.

El indicador de evaluación de este protocolo será el siguiente:

- Número de pacientes menores incluidos en el protocolo derivados a dispositivos de alojamiento para madres y padres de menores en situación de hospitalización, que requieren desplazamiento de su localidad de origen.

11.13. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON PACIENTES CON AFECTACIÓN POR LESIÓN MEDULAR Y APOYO SOCIAL AL GRUPO FAMILIAR.

Definición

Las consecuencias de la lesión medular son irreversibles, causan discapacidad y alteran en la persona sus capacidades, estilo de vida y proyectos, afectando a su entorno familiar (afectados secundarios), y por ello pacientes y familias necesitan iniciar un aprendizaje de una nueva manera de vivir, tanto en la dimensión física, como psíquica y social. La atención centrada en la persona y grupo familiar promueve favorecer una disposición emocional constructiva, capaz de adaptarse a la nueva situación y potenciar los recursos personales, con el fin de lograr una reinserción social activa y satisfactoria. Es importante la cooperación activa de pacientes y familias, así como una correcta información y una óptima relación con el equipo asistencial.

Objetivo general

- Favorecer el desarrollo del modelo de atención integral que garantice la máxima funcionalidad y la mejor adaptación y reintegración social de pacientes y sus familias.

Objetivos específicos

- Detectar precozmente situaciones de riesgo o problemática social que dificulten la adaptación y reinserción social.
- Apoyo psicosocial pacientes y familias, potenciando sus recursos y habilidades personales.
- Asegurar la continuidad asistencial desde la fase aguda a la fase de rehabilitación con el fin de conseguir el mejor nivel de autonomía posible.

Población diana

Pacientes con diagnóstico de lesión medular en situación de ingreso en el Servicio de Neurocirugía y en cualquier otro servicio clínico.

Círculo de acceso

- Por orden clínica, remitida por el servicio de hospitalización donde se encuentra ingresada la persona.
- A demanda de pacientes, familias y personas cuidadoras.
- Por derivación de otros profesionales de Equipos de Conductas Adictivas (ECAS), Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica (SASB), Servicios Sociales Especializados, Entidades del Tercer Sector y otros.

Fases de la intervención del Trabajo Social Sanitario

1. Estudio y valoración social.

Se estudiarán las siguientes áreas:

a) Área personal y socio-familiar:

- » Unidad Familiar y de convivencia: dinámica familiar, estructura familiar, ciclo vital, capacidad resiliente del sistema familiar.
- » Red de apoyo familiar.
- » Tamaño de la red.
- » Percepción de la función familiar.
- » Implicación de la familia.
- » Expectativa de pacientes y familias.
- » Identificación de la persona cuidadora, de personas cuidadoras secundarias y otras personas de especial referencia.
- » Sobrecarga de las personas cuidadoras y riesgo de claudicación familiar.
- » Competencia y habilidades de la persona cuidadora.
- » Problemas de salud en la persona cuidadora.

b) Área laboral y económica:

- » Situación económica-laboral de cada paciente.
- » Ingresos de la unidad de convivencia.

c) Área de Salud:

- » Autonomía personal.
- » Conocimiento, información y conciencia del proceso de la enfermedad.
- » Adherencia al tratamiento.
- » Discapacidad / dependencia.

d) Características del medio y del entorno.

- » Vivienda (Accesibilidad, confort y adaptabilidad).
- » Entorno social y relacional.

2. Diagnóstico social sanitario.

- Analizar, interpretar y valorar el conjunto de variables socio-familiares, que afectan a pacientes y familias, en el proceso de recuperación y normalización, elaborando un pre-diagnóstico social, para posteriormente elaborar el diagnóstico social sanitario.
- Integrar el diagnóstico social sanitario en el plan de acción personalizado registrándolo en la historia clínica y social del sistema de información Jara Asistencial.

3. Plan de intervención social.

- Planificar 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.
- El plan de intervención social comprende:

» Tratamiento psicosocial:

- Acompañamiento social en el proceso de la enfermedad, estableciendo un vínculo terapéutico con pacientes y familias, ofreciendo un espacio de escucha, ayuda y reflexión; reforzando el papel de la familia, como figura clave.
- Promover el desarrollo de habilidades personales, sociales, y psicosociales de pacientes y familias para la gestión de acontecimientos adversos de forma saludable.
- Apoyar en la toma de decisiones de pacientes y familias.

» Información y tramitación de recursos:

- Valoración del recurso rehabilitador especializado que permita mejoras en la autonomía y facilite la adaptación e integración social.
- Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y servicios, sociales, sanitarios y sociosanitarios que respondan a las necesidades individuales y familiares.
- Apoyar a pacientes y familias en la gestión y el trámite de Centro Monográfico de Rehabilitación, que garanticen la continuidad asistencial, así como la gestión del programa de alojamiento para familiares de pacientes con desplazamiento fuera de la comunidad autónoma de Extremadura.

- Elaboración de informe social, que se adjuntará al expediente de solicitud de derivación a centro rehabilitador.
- Coordinación y enlace con Centros de Rehabilitación de pacientes con lesión medular, Atención Primaria, Servicios Sociales de Atención Social Básica (SASB), Servicios Especializados y Entidades del Tercer Sector.

El plan de intervención social se consensuará previamente con pacientes y familias y posteriormente se incluirá en el plan de acción personalizado, procediendo al registro en la historia social del sistema de información de Jara Asistencial.

Técnicas e instrumentos

- Entrevista semiestructurada de información y asesoramiento individual y familiar.
- Entrevista motivacional individual y familiar.
- Escala de valoración de riesgo socio-familiar (Escala de Gijón-abreviada y modificada).
- Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Detectar la disfunción familiar.
- Cuestionario MOS para el estudio del apoyo social.
- Escala de Índice de Barthel, de autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Test de Zarit – Escala abreviada de sobrecarga del cuidador.
- Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria.
- Historia Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Informe Social, modelo establecido en Jara Asistencial.
- Genograma y mapa de relaciones familiares.
- Otros documentos de solicitud o derivación.

4. Evaluación.

La figura profesional de Trabajo Social marcará un plazo para determinar la validez de la intervención ofrecida, señalando en qué medida se responde a los problemas sobre los que se actúa y en qué medida se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y las técnicas utilizados y las causas de adecuación o no del tratamiento social sanitario.

Los indicadores para evaluar la intervención social serán:

- Indicador de demanda social que se realiza a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria.
- Indicador de necesidad social detectada.
- Indicador de adecuación de los recursos sociales a la población atendida.

Los indicadores de evaluación de este protocolo serán los siguientes:

- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con personas afectadas de lesión medular y apoyo social al grupo familiar.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con personas afectadas de lesión medular y apoyo social al grupo familiar derivados al Hospital de Parapléjicos de Toledo.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con personas afectadas de lesión medular y apoyo social al grupo familiar derivados a otros centros de rehabilitación de lesionados medulares.
- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con personas afectadas de lesión medular y apoyo social al grupo familiar derivadas al Programa Compañía (Dispositivo de alojamiento a familiares desplazados fuera de la comunidad extremeña).
- Número de personas incluidas en el Protocolo de intervención social con de lesión medular y apoyo social al grupo familiar, que retornan de nuevo al centro hospitalario después de finalizar tratamiento rehabilitador en centro especializado, al no existir red de apoyo familiar que garantice los cuidados necesarios.

- Agencia Valenciana de Salut. (2012). Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Comunidad de Valencia.
- Arroyo M.J., Carracedo.N. (2008). Guía de Buenas Prácticas de Atención Integral al nuevo lesionado medular. ASPAYM. Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. (2017)." Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario". AETSyS serie Documentos nº1.ISBN. 978-87-697-7594-3
- Brezmes, M (2001). "La intervención en Trabajo Social. Una introducción a la práctica profesional". Salamanca: Hesperides.
- Canet, M. (1999). "Las unidades de Trabajo Social Sanitario: ejes de conexión entre el sistema de salud y la red de servicios de bienestar social".Quaderns Caps.
- Carballeda, A (2001)." La intervención en lo social" Ed. Paidós-Bs-As.
- Cartera de Servicio de UTS. Hospital de la Fe. Servicio Valenciano de Salud.
- Castrillo J, L., De Jesús T, Escaya, M.A., García, JM., González E., González, R. (2013). Documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. (2007). Trabajo Social y Sistema Público de Salud. Revista de Trabajo Social Hoy. N° Extraordinario 2.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña. Documento elaborado por el grupo de Trabajo de Salud Mental. Funciones del Trabajador Social en el Campo de la Salud Mental.Monográfico2.
- Colom, D. (2000): "La planificación del alta hospitalaria", Mira Editores, Zaragoza.
- Colom, D. (2008). "El Trabajo Social Sanitario. Atención Primaria y Atención Especializada. Teoría y práctica". Colección Trabajo Social. Serie libros. Madrid: Siglo XXI

- Colom D. (2010):" El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario". Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS).
- Colom, D. (2012). "El diagnóstico social sanitario". Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya.
- Colom. D. (2012). "El Trabajo Social Sanitario. Los procedimientos, Los protocolos, y Los procesos". Editorial UOC. Barcelona.
- Consejería de Sanidad y dependencia. (2008/2012).Junta de Extremadura. Plan Integral de atención a las drogodependencias y otras conductas adictivas en Extremadura.
- Consejería de Sanidad y Consumo. (2005) Junta de Extremadura. Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura.
- Conselleria de Sanidad (2012). Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.
- Consejería de Sanidad y Política Social. Junta de Extremadura. - III Plan Integral de Salud Mental en Extremadura 2016-2020.
- Consejo General del Trabajo Social (2012) Código Deontológico de Trabajo Social 2015.
- Convención de los Derechos del Niño de la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989.
- Du Ranquet, M. (1996). "Los modelos en Trabajo Social: Intervención con personas y familias". Madrid: Siglo XXI.
- Eroles, C (1998):" Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico interdisciplinario de la intervención profesional". Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Esclarín, A. (2009). "Lesión medular. Enfoque multidisciplinario". Madrid: Médica Panamericana.
- Fernández, T. (2011)." Fundamentos del Trabajo Social". Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández Ortega. M.A (2004). "El Impacto de la enfermedad en la familia". Departamento de Medicina Familiar, facultad de medicina. UNAM, Rev Med UNAM Vol. 47 No.6 Noviembre-Diciembre.

- García J, Campistol E, López-Viches MA, Morcillo MJ y Mur A. (2018) Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014 www.analesdepediatria.org. Barcelona 2018
- Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario (2012). Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat
- Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (2000). Subdirección General de Atención Especializada en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social. Madrid.
- Guía Básica de Maltrato Infantil en el ámbito de los Servicios Sociales.(2006) Junta de Extremadura. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Infancia y Familia.
- IHAN (2011). Calidad de la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes y Estudios e Investigación.
- Institut Catalá de la Salud (2008). Cartera de Treball Social Hospitalari. Barcelona: Institut Catalá de la Salut. Documento interno.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. (2000). “Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada”. Subdirección General de Atención Especializada. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Instituto de la Mujer de Extremadura y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la prevención de la violencia de género en las mujeres con discapacidad. Plena Inclusión de Extremadura.
- Instituto de información Sanitaria. Estadísticas Comentadas.(2010)” La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ituarte, A. (1992). “Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico”. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid.
- Ituarte, A (1995). “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. Revista de Trabajo Social y Salud nº 21. Marzo 1995 (275- 290)
- Ituarte, A. (1995) “Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico” Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social N° 2. Madrid.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género.
- Ley 8/2011, de 23 de Marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas Intervención social. Edición Obra Social “la Caixa”. Depósito legal B 8913-2016.
- Martín S. Strssburger K. Hernández Y. Barquín E. (2002). “Guía para el manejo integral del paciente con lesión medular crónica”. ASPAYM. Dirección general de atención al paciente de la Consejería de Sanidad. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Política social. (2009) Documento” Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones”. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Miriam Sánchez Reyes (2016). “Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados”. Madrid.
- Novellas, A. (2000).” Trabajo Social en Cuidados Paliativos”. Madrid.Arán.
- Peña, M. (coord.) (2013). “Carta de Serveis de treball Social Sanitari”. Barcelona. Institut Catalá de la Salut.
- Plan Integral de Familias, Infancia y Adolescencia 2017-2020. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
- Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura.
- Protocolo de Actuación entre la Junta de Extremadura, Delegación del Gobierno en Extremadura y la Federación de Municipios y Provincias de Extremadura para el seguimiento y protección de los casos de víctimas de violencia de género en la comunidad autónoma de Extremadura. Resolución de 25 de Abril de 2014 de la Secretaría General.
- Protocolo de Atención Temprana. Medidas para la coordinación y la mejora de la atención temprana en Extremadura. SEPAD (2018). Consejería Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura.

- Protocolo de coordinación de entrega voluntaria en adopción de menores por parte de sus progenitores. (2011) Junta de Extremadura. Dirección General de Inclusión Social, Infancia y Familia.
- Protocolo de Intervención ante Menores en Situación de Riesgo.(2012) Generalitat Valenciana. Agencia Valenciana de Salut.
- Quemada J, Ruiz M, Bori I, Gangoiti L, Marín J. (2007). "Modelo de atención a las personas con daño cerebral." INSERSO.
- Quero A. (2003) "Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora." Enfermería clínica 13(6), 348-356, 2003
- Riquelme, M. (2015) Revista internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales. La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar. Comunitaria.
- Rivera G. "Evaluación de variables psicosociales en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada": una propuesta preliminar. Psicología y Salud, Vol. 26, Núm.2:147-160,julio-diciembre2016 <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2191/3917>
- Robles M. "Prevención de la fractura de cadera de ancianos: medidas no farmacológicas". Rev Mult Gerontología. 2004 Servicio cántabro de salud (2016).Ruta del paciente pluripatológico crónico complejo.
- Rodríguez, L. (Coord.) (2007). "Organización y Funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud". Junta de Extremadura. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. I.S.B.N.:978-84-95872-29-6.
- Servicio Cántabro de Salud (2016). Ruta del paciente pluripatológico crónico complejo.
- Sociedad Española de Geriatría (2018) "Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes". Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
- Torres M, Ballesteros E, Sánchez P. (2008) "Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomo.
- Viscarret, J.J. (2007). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial.

Nota: Este documento es revisable y se adaptará a la inclusión de nuevos perfiles de pacientes y necesidades, así como a nuevos protocolos de actuación y procesos asistenciales integrados que se vayan aprobando.



Servicio
Extremeno
de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales