

## **Estudio de la intervención del Trabajador Social Sanitario en el programa de atención a personas mayores**

**Rocío Alfaro Ramos**  
**M<sup>a</sup> Vicenta Calatayud Asensio**  
**M<sup>a</sup> Dolores Rubio Fernández**  
**M<sup>a</sup> Carmen Sahuquillo Mompó**  
**M<sup>a</sup> Ángeles Sempere Juan**  
**M<sup>a</sup> Carmen Vilaplana Ama**

Diplomadas en Trabajo Social, Trabajadoras Sociales Sanitarias (Valencia)

Agradecemos la colaboración a Belén López Guillem, Trabajadora Social del Centro de Salud la Fábrica de Alcoy

### **Resumen**

Este artículo pretende realizar un estudio de la implantación del Programa de Intervención del/la Trabajador/a Social (en adelante ts) de salud con personas mayores, específico para ts de atención primaria de salud. Nuestro objetivo ha sido doble, por un lado estudiar e investigar las circunstancias biopsicosociales de la población objeto del Programa (Anciano/a frágil) y por otro lado verificar la utilidad e idoneidad del mismo.

Para ello se ha implantado el Programa en seis Centros de Salud del Departamento de Salud de Alcoi (Comunitat Valenciana). Se ha realizado un registro sistematizado de casos, han sido diagnosticados sus problemas sociales y se ha intervenido.

El estudio se inició el 1 de octubre de 2010, y se estableció un plazo de 6 meses como muestra para el mismo, actualmente se siguen registrando casos e interviniendo en el programa. En este artículo reflejamos nuestra valoración del cumplimiento de los objetivos y las conclusiones a las que hemos llegado.

### **Palabras Claves**

Anciano/a frágil, Valoración global del/la anciano/a, Atención Sociosanitaria, Atención Primaria, Alto riesgo, biopsicosocial, Coordinación sociosanitaria.

## 1. FUNDAMENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, una tendencia común en las recientes reformas de los sistemas sanitarios a nivel europeo e internacional es el énfasis en modelos de integración en la provisión de servicios como estrategia para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación de los servicios y para la mejora de la calidad de la atención.

Inspirándose en estas máximas, el desarrollo reglamentario, fija en España la intervención del/las según la siguiente normativa:

- En el **Real Decreto 137/84 del 11 de enero sobre Estructuras básicas de salud**, en su artículo 3.3 apartado f)<sup>1</sup> se especifica que “los trabajadores sociales forman parte de la composición de los Equipos de Atención Primaria”. Con ello, se incorpora el concepto de salud integral y no solo el concepto biológico.

- En el preámbulo de la **Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**<sup>2</sup>, se plantea la búsqueda de mecanismos de integración en la Atención Sanitaria y la Sociosanitaria.

En su Artículo 12.2 referente a las prestaciones de Atención Primaria (en adelante AP), refiere “la Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el Trabajo Social”.

En su artículo 14, define la ATENCIÓN SOCIOSANITARIA en estos términos:

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos/as enfermos/as, generalmente crónicos/as, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevara a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

- En el **Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre de 2.006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud**<sup>3</sup>, en el Anexo II refiere que “la atención primaria comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y el Trabajo Social”.

Actualmente la legislación autonómica de la Comunidad Valenciana que define nuestra

.....  
<sup>1</sup> Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Publicado BOE número 27 de 1/02/1984, páginas 2627 a 2629

<sup>2</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicada BOE número 128 de 29/05/2003, páginas 20567 a 20588

<sup>3</sup> Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre de 2006, por el que se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Publicado BOE número 222 de 16/09/2006, páginas 32650 a 32679

intervención en el ámbito sanitario es:

- La **Orden 20 de noviembre de 1991 de Consellería de Sanidad, establece el Reglamento de organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria**<sup>4</sup> (en adelante EAP) en la Comunidad Valenciana, en su Capítulo I, artículo 2º cuando describe la composición del EAP, en su apartado 2 refiere: “forman parte del equipo de atención primaria, grupo B el trabajador social entre otros”.

En el Capítulo III, artículo 24 refiere: “Área de Trabajo Social, en ella se integran los trabajadores sociales desarrollando funciones de información, promoción de la salud, promoción de la participación comunitaria y coordinación con de actividades e instituciones”.

En el artículo 33 se especifica que las funciones de los/las ts en los EAP son:

- coordinar las relaciones del EAP con la comunidad, estableciendo canales de participación de la población y de los distintos grupos sociales existentes en la zona y potenciando la formación y desarrollo de grupos sociales con finalidad de promoción de la salud, rehabilitación o reinserción social.
- impulsar la coordinación de las distintas áreas funcionales del EAP entre sí y de éste con otros niveles y servicios del sistema de salud, para conseguir una mejor utilización de los recursos disponibles.
- informar al equipo y a la comunidad de los derechos y deberes respecto a la salud y al EAP sobre el nivel socioeconómico y cultural de la zona.
- informar a los/las usuarios/as sobre las prestaciones sociales, gestionando las que les corresponda y coordinándolas con el resto de recursos y servicios sociales de otras instituciones públicas y privadas existentes.
- detectar aquellos casos en que los problemas sociales existentes incidan en el nivel de salud del individuo o grupo familiar implicado y actuar al respecto.
- participar en la programación, ejecución y evaluación de los programas y actividades desarrolladas por el equipo.
- otras que le correspondan como miembro del EAP.

- En el **Decreto 74/ 2007, de 18 de mayo, del Consell que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana**<sup>5</sup> en su artículo 6.7 refiere: “el acceso a otros recursos sociosanitarios será facilitado y coordinado por los trabajadores sociales como responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social que surge en torno al enfermo y a su familia”.

- El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana<sup>6</sup>, es el instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario valenciano. El III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013 introduce, como innovación, foros de participación y comunicación ciudadana, y se desarrolla sobre seis valores fundamentales: fomento de la participación, información y comunicación; garantía de sostenibilidad; protección y promoción de la sa-

.....  
4 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre de 2006, por el que se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Publicado BOE número 222 de 16/09/2006, páginas 32650 a 32679

5 Decreto 74/1107, de 18 de mayo, del Consell que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. Publicado en el D.O.G.V. número 5518 de 23/05/2007

6 Acuerdo de 20 de mayo de 2011, Del Consell, por el que se aprueba el III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013. Publicado D.O.G.V número 6545 de 17/06/2011

lud y prevención de la enfermedad; atención a la cronicidad; aplicación de nuevas tecnologías en salud y equidad en salud.

Como conclusiones de estos foros y como apuestas estratégicas, nos afectan especialmente tres: una en la garantía de la sostenibilidad, donde se establece que la coordinación que más contribuye a ella es la de las instituciones sanitarias y sociales, haciendo hincapié en el campo de personas mayores y dependientes; en la protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se destaca el papel de enfermería en colaboración con otros/as profesionales, entre ellos los/las ts ; y por último en la atención a la cronicidad destacan un papel más activo para enfermería y trabajo social, destacando la importancia de la coordinación sociosanitaria.

Sin embargo, queremos destacar que al analizar las 22 líneas estratégicas del Plan, con sus 35 objetivos generales , y sus 163 objetivos específicos, comprobamos que a pesar de la importancia que en todo el desarrollo del Plan se da a la atención integral del/la paciente, a la intervención interdisciplinar y a la coordinación sociosanitaria, la figura del/la ts no aparece en ninguno de los objetivos marcados; y la única coordinación entre la Conselleria de Sanidad y la de Bienestar Social establecida en este Plan de Salud está referido a personas con trastorno mental grave, dejando en el aire la coordinación en otros colectivos de riesgo como el/la anciano/a frágil.

- La Conselleria de Sanidad dentro de la cartera de servicios publicada en el año 2000, hace mención a la prevención y detección de problemas de salud en el/la anciano/a frágil o de alto riesgo, que posteriormente se desarrolla en el año 2002, dentro de la “Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria”<sup>7</sup>. En esta guía, se plasma el concepto de “anciano/a frágil”, la presentación atípica de las enfermedades en el/la anciano/a, los aspectos del tratamiento farmacológico y sus reacciones adversas más frecuentes en esta población.

Es fundamental realizar una Valoración Global del/la Anciano/a (VGA), y esta, abarca las siguientes áreas: biomédica, funcional, mental y social. Por todo esto comprobamos que se da una gran importancia a los aspectos sociales que envuelven al/la anciano/a, pero no tienen en cuenta a la figura del/la ts que “ya existe” en los Equipos de Atención Primaria y que es, a nuestro entender clave en esta y en otras muchas guías y programas.

## 2. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

La realización de este trabajo se inspira en un documento elaborado por un equipo de ts sanitarios de la Comunitat Valenciana. Este equipo elaboró un programa denominado: Intervención del trabajador social de salud con personas mayores<sup>8</sup>. La elaboración de este programa se inició bajo el auspicio del Servicio Sociosanitario de la Conselleria. El documento ha sido facilitado a todos/as los/las ts sanitarios/as de nuestra Comunitat, aunque ahora mismo se encuentra esperando su aprobación y publicación por la Conselleria.

Los criterios de inclusión, así como los objetivos y las actividades recogidos en este artículo son los reflejados en este programa, que guía nuestras actuaciones en este sector de población.

### A) POBLACIÓN DIANA

.....  
<sup>7</sup> “Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria”. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

<sup>8</sup> ALTIMIRAS, M Dolores y “et al”. Intervención del Trabajador Social de Salud con personas mayores (programa pendiente de publicar por la Conselleria de Sanitat Valenciana)

Queda definida como población mayor de 65 años, incluyendo a las personas mayores sanas hasta las consideradas frágiles o de alto riesgo.

El colectivo de mayores de 65 años es un colectivo muy amplio y heterogéneo, tenemos que utilizar otros criterios que acoten y definan más el colectivo de población al cual queremos dirigir nuestra intervención.

Si utilizamos la definición de la O.M.S. son criterios de inclusión de anciano/a frágil o de alto riesgo, los siguientes.

- Patología crónica invalidante (física y/o psíquica).
- Polimedicados/as (más de 5 fármacos).
- Vivir solo/a.
- Edad avanzada (en la actualidad, la tendencia es que se seleccionen a las personas de más de 80 años).
- Hospitalización en los últimos tres meses.
- Viudedad reciente (último año).
- Presencia de problemas sociales con incidencia para la salud.

En el programa en el que hemos basado esta experiencia son incluidos criterios desde el punto de vista del Trabajo Social, que además de los señalados por la OMS, nos puedan alertar de una situación de anciano/a en riesgo. Estos criterios son:

- Ancianos/as reclusos en su domicilio.
- Sospecha de malos tratos.
- Situaciones que presenten riesgo de institucionalización del/la anciano/a de forma prematura o inadecuada.
- Ancianos/as con problemas económicos.
- Carencia de apoyo familiar y/o social.
- Cualquier otro problema que incida en su salud.

Incluiremos al/la paciente dentro del programa y por tanto registraremos en nuestra tabla cuando se presente más de uno de los criterios mencionados.

## **B) OBJETIVOS**

Los objetivos son los recogidos en el programa, siendo los siguientes:

### **OBJETIVO GENERAL:**

Colaborar en la atención integral a las personas mayores potenciando el mantenimiento en su medio habitual el máximo tiempo posible, desde el seguimiento de sus condiciones funcionales y sociales, con el fin de garantizar una calidad de vida digna.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Captación de los/las usuarios/as susceptibles de intervención.
2. Conocer y estudiar la problemática sociofamiliar de las personas mayores para la

realización del diagnóstico social y la planificación de las intervenciones.

3. Intervención social en función del nivel de autonomía y/o dependencia de cada caso.
4. Intervención en las redes de apoyo sociales y comunitarias, creando y reforzando canales de comunicación y coordinación.

### C) ACTIVIDADES

Dentro del programa de Intervención del/la ts de Salud con Personas Mayores vienen recogidas las actividades a realizar, las principales técnicas que utilizaremos para realizarlas, así como los instrumentos a emplear, todos ellos vinculados a los objetivos del programa.

Así para el primer objetivo que es: **Captación de los/las usuarios/as susceptibles de intervención**, tendremos como principales actividades:

La captación, que se realizara través de:

- La consulta del/la ts.
- Derivación desde la consulta de medicina y/o enfermería.
- Coordinación con atención especializada sanitaria, instituciones sociales y comunitarias

Para el segundo objetivo que es: **Conocer y estudiar la problemática sociofamiliar de las personas mayores para la realización del diagnóstico social y la planificación de las intervenciones**. Se plantean las siguientes actividades:

Valoración de la Situación familiar: unidad de convivencia y familia extensa

Valoración de la Situación económica

Valoración de la Situación de la vivienda

Valoración de la Situación sanitaria

Valoración de las Prestaciones o servicios que percibe

Valoración del Apoyo social y vecinal

Valoración de la Capacidad funcional

El tercer objetivo planteado en el programa es: **Intervención social en función del nivel de autonomía y/o dependencia de cada caso**. Al que corresponden actividades como:

- Información, orientación, derivación y/o tramitación de prestaciones y recursos necesarios
- Intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados
- Apoyo emocional a pacientes y familiares
- Coordinación con los servicios sociosanitarios comunitarios (asociaciones, ONG'S, instituciones sanitarias y sociales)
- Educación para la salud

Respecto al cuarto objetivo, **Intervención en las redes de apoyo sociales y comunitarias, creando y reforzando canales de comunicación y coordinación**, las actividades plan-

teadas son:

- Comunicación y difusión del programa
- Integración del/la anciano/a en grupos formales e informales existentes en su zona.
- Creación de programas conjuntos entre Centro de Salud y otras instituciones
- Participar en la formación de cuidadores/as

Y los instrumentos propuestos para la aplicación del programa son los siguientes:

- Genograma
- Informe social
- Índice de Barthel
- Índice de Lawton y Brody
- Cuestionario Apgar Familiar
- Escala de Gijón
- Escala de Rankin Modificada
- Escala de Cruz Roja de Incapacidad Física
- Escala de Cruz Roja de Incapacidad Mental
- Índice de Katz
- Actas reuniones
- Guías de autocuidados
- Historia sociofamiliar (Abucasis II)

### 3. DESARROLLO DEL ESTUDIO

El programa se ha implantado en seis Centros de Salud de Atención Primaria, pertenecientes a las poblaciones de Alcoi, Banyeres e Ibi, todas ellas del Departamento de Salud de Alcoi, en la Comunitat Valenciana, ante la necesidad de tener un registro de la población anciana cada día más necesitada de cuidados y con más necesidades sociosanitarias.

Las características de la intervención realizada vienen definidas por los siguientes ítems:

\* Población diana: población mayor de 65 años, incluyendo desde las personas mayores sanas hasta las consideradas frágiles o de alto riesgo, que acuden a la consulta del/la ts bien por demanda propia o bien derivadas por el EAP.

\* Calendarización: establecemos el periodo comprendido entre el 01/10/2010 y el 31/03/2011 para registrar nuestra intervención y posteriormente evaluar y redefinir objetivos.

\* Registro de la información: elaboramos una tabla de registro de casos, que se va modificando a lo largo del estudio ante la necesidad evidenciada de ampliar datos.

| SIP | Nombre y apellidos | Alerta c.o. | Entrevista familiar | Visita domiciliaria | Coordinación servicios sociales municipales | Escalas | Diagnostico social | Demanda | Recursos que aplico | Recursos que percibe |
|-----|--------------------|-------------|---------------------|---------------------|---|---------|--------------------|---------|---------------------|----------------------|
|     |                    |             |                     |                     |   |         |                    |         |                     |                      |
|     |                    |             |                     |                     |   |         |                    |         |                     |                      |
|     |                    |             |                     |                     |   |         |                    |         |                     |                      |

Tabla 1: Registro de casos

| Nº | SIP | Nombre | Al er | En Fa | Vi Do | Vv sol | Vv fm | Cor SM | Escalas | Diagnóstico Social | Demanda P / F / C | Otra nece | Recr sani | R. Soc Trami | R. Soc conce | Vi ur | In Hp |
|----|-----|--------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|---------|--------------------|-------------------|-----------|-----------|--------------|--------------|-------|-------|
|    |     |        |       |       |       |        |       |        |         |                    |                   |           |           |              |              |       |       |
|    |     |        |       |       |       |        |       |        |         |                    |                   |           |           |              |              |       |       |
|    |     |        |       |       |       |        |       |        |         |                    |                   |           |           |              |              |       |       |
|    |     |        |       |       |       |        |       |        |         |                    |                   |           |           |              |              |       |       |
|    |     |        |       |       |       |        |       |        |         |                    |                   |           |           |              |              |       |       |

ACLARACIONES DE COLUMNAS:

- Nº → número de registros
- Aler → alerta de anciano frágil activada
- En Fa → entrevista familiar
- Vi Do → visita domiciliaria
- Vv sol → vive solo/a
- Vv fm → vive con familiar
- Cor SM → coordinación con SSMM
- Demanda P/F/C → demanda que hacen y quien la hace: paciente, familiar, cuidador.
- Otra nec → necesidad detectada y no demandada
- Recr sani → Recursos sanitarios
- R. Soc Trami → recursos sociales tramitados
- R. Soc conce → recursos sociales concedidos
- Vi Ur → visitas urgencias de hospital
- In Hp → Ingresos hospitalarios

Tabla 2: Registro de casos reformada

\* Registro en la historia de salud informatizada (soporte ABUCASIS): utilizamos los problemas sociales incluidos en los diagnósticos del/la ts, modificando uno de ellos que estaba duplicado poniendo en su lugar “anciano/a frágil”. También se activa la alerta de “anciano/a frágil o de alto riesgo social” que es visualizada por todo profesional de salud con acceso a la historia de salud.

\* La captación de pacientes es principalmente a través de nuestra a consulta a demanda, una vez que hemos verificado que cumple los criterios de inclusión. Otros casos se captan a través de la cita concertada por otros miembros del EAP, sobre todo del personal de enfermería y facultativos. En algunas ocasiones los/las pacientes son derivados por los Servicios Sociales Municipales.

\* Resultados obtenidos: El número de casos incluidos en el estudio es de 394, a lo largo de seis meses, periodo que fijamos para evaluar inicialmente la posibilidad y en su caso, conveniencia, de la implantación del Programa desde la Unidad de Trabajo Social de los citados Centros de Salud.



Los datos totales figuran en la siguiente tabla:

|  | CS IBI I | CS IBI II | CS BANYERES | CS FABRICA | CS PLACA | CS BASSA | TOTALES  |
|--|----------|-----------|-------------|------------|----------|----------|----------|
| Nº Casos   | 60       | 119       | 25          | 97         | 43       | 50       | 394      |
| Nº Casos con entrevista al cuidador                          | 38       | 97        | 25          | 77         | 41       | 44       | 322      |
| Nº Casos con visita a domicilio                              | 15       | 24        | 25          | 36         | 15       | 14       | 129      |
| Nº Casos con coordinación con Servicios Sociales Municipales | 11       | 4         | 25          | 32         | 25       | 25       | 122      |
| Nº Casos en los que se aplica escala                         | 20       | 38        | 25          | 23         | 0        | 18       | 124      |
| Nº Exitus  | 8        | 14        | 4           | 9          | 6        | 3        | 44       |
| Nº Casos en que se aplica recurso sanitario                  | 46       | 81        | 14          | 49         | 26       | 29       | 245      |
| Nº Casos con recurso social en trámite                       | 30       | 44        | 18          | 45         | 23       | 20       | 180      |
| Nº Casos con recurso social concedido                        | 11       | 27        | 20          | 22         | 6        | 11       | 97       |
| Nº Casos en los que se valora otra necesidad                 | 25       | 61        | 4           | 31         | 17       | 35       | 173      |
| Nº de matrimonios  | 8 (16)   | 20(40)    | 4(8)        | 24 (48)    | 3(6)     | 6 (12)   | 65 (130) |
| Nº Casos que viven solos                                     | 12       | 12        | 7           | 32         | 14       | 22       | 99       |
| Nº Casos que viven en familia                                | 32       | 67        | 10          | 17         | 23       | 16       | 165      |
| Nº Casos ingresos hospitalarios                              | 6        | 34        | 4           | 11         | 8        | 10       | 73       |
| Nº Casos de visitas urgencias                                | 18       | 42        | 5           | 32         | 16       | 22       | 135      |

Tabla 3. Registro de Información

Los problemas sociales diagnosticados en la Historia de Salud de cada paciente se ven reflejados en la siguiente tabla:

| DIAGNOSTICOS   | CS IBI I | CS IBI II | CS BANYERES | CS FABRICA | CS PLACA | CS BASSA | TOTALES |
|--|----------|-----------|-------------|------------|----------|----------|---------|
| Limitación de la autonomía personal  | 23       | 105       | 25          | 82         | 20       | 45       | 300     |
| Dificultad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria | 20       | 95        | 25          | 28         | 23       | 39       | 230     |
| Dificultad de movilidad  | 20       | 62        | 12          | 37         | 18       | 21       | 170     |
| Soledad/Aislamiento  | 8        | 7         | 4           | 9          | 1        | 13       | 42      |
| Enfermo crónico  | 7        | 101       | 22          | 12         | 3        | 4        | 149     |
| Desajustes convivenciales  | 3        | 11        | 0           | 0          | 0        | 2        | 16      |
| Minusválidos   | 4        | 8         | 0           | 0          | 0        | 2        | 14      |
| Red de apoyo social insuficiente   | 0        | 6         | 0           | 0          | 0        | 1        | 7       |
| Conflicto de pareja  | 2        | 0         | 0           | 3          | 0        | 1        | 6       |
| Incumplimiento del tratamientos  | 1        | 0         | 0           | 0          | 1        | 1        | 3       |
| Enfermo mental   | 0        | 3         | 1           | 9          | 1        | 0        | 14      |
| Dificultad para atender a los miembros de la familia                                     | 0        | 0         | 7           | 0          | 7        | 0        | 14      |
| Negación de la enfermedad  | 0        | 5         | 0           | 0          | 0        | 0        | 5       |
| Viudedad   | 0        | 12        | 0           | 0          | 0        | 0        | 12      |
| Sin familia  | 0        | 0         | 0           | 1          | 0        | 0        | 1       |
| Situación de estrés familiar   | 0        | 0         | 0           | 6          | 0        | 0        | 6       |
| Malos tratos psíquicos   | 2        | 0         | 0           | 1          | 0        | 0        | 3       |
| Claudicación familiar  | 0        | 0         | 0           | 1          | 0        | 0        | 1       |

Tabla 4. Problemas sociales

## 4. CONCLUSIONES

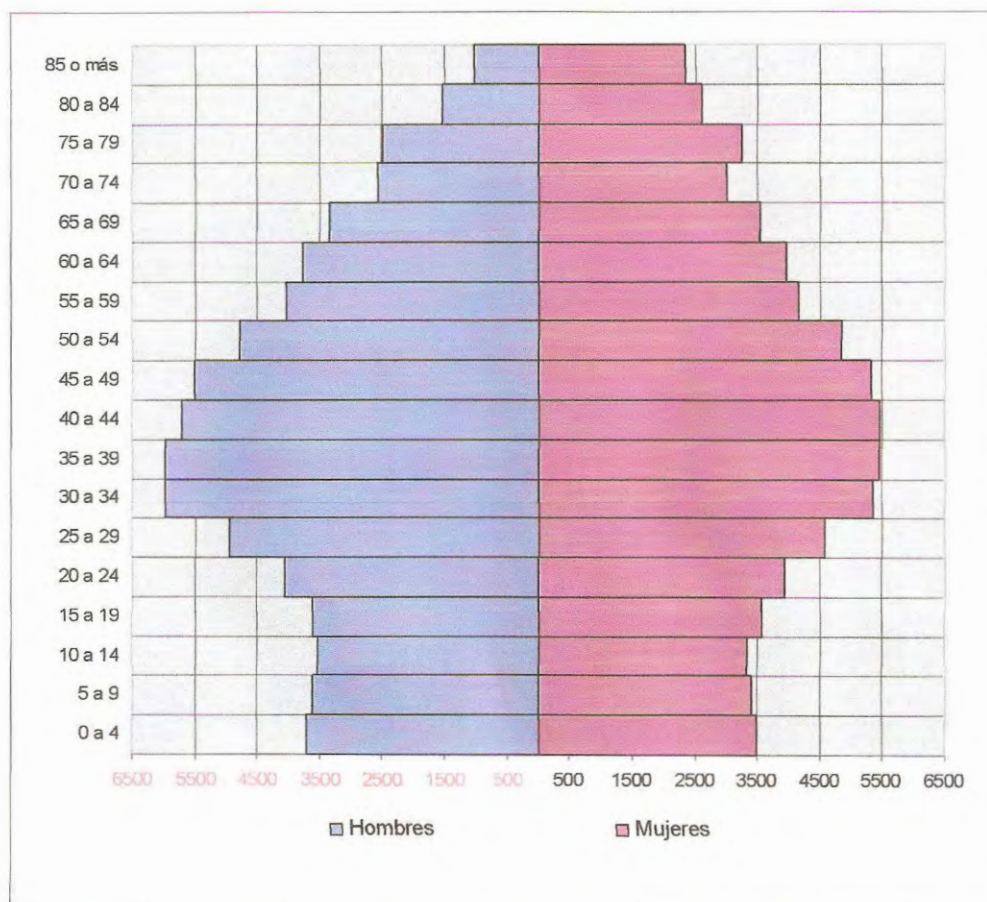
Vamos a establecer nuestras conclusiones a partir de los datos obtenidos tras la aplicación del Programa de Intervención del/las de salud con Personas Mayores, recogidos en las tablas 1 y 2, siguiendo la guía que nos ofrecen los objetivos marcados.

En el primer objetivo **Captación de los/las usuarios/as susceptibles de intervención** incluimos las reflexiones siguientes:

El número de personas mayores de 65 años en nuestro departamento asciende a un

total de 25.770, de los cuales 16.932 están adscritos a los Centro de Salud que hemos participado en la implantación del Programa.

En los seis meses de su implantación, se han registrado un total de 394 casos, lo que supone un 2,32 % de la población diana. Este porcentaje puede no ser significativo, pero por una parte no existen datos previos de número de personas que cumplirían los requisitos exigidos en el programa, y por otro la población del estudio no ha sido escogida, sino que ha sido captada en la actividad asistencial.



| SEXO   | 0-4   | 5-9   | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85 o > | Total  |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Homb.  | 3.701 | 3.611 | 3.529 | 3.611 | 4.062 | 4.939 | 5.976 | 5.959 | 5.697 | 5.501 | 4.782 | 4.034 | 3.782 | 3.348 | 2.576 | 2.491 | 1.538 | 1.018  | 70.135 |
| Mujer. | 3.499 | 3.424 | 3.327 | 3.576 | 3.958 | 4.582 | 5.362 | 5.452 | 5.464 | 5.322 | 4.842 | 4.153 | 3.963 | 3.559 | 3.006 | 3.262 | 2.622 | 2.350  | 71.723 |

Tabla 5: Pirámide de población<sup>9</sup>

En la tabla de registro inicial no fue incluida la forma de captación de casos. No podemos extraer conclusiones al respecto. No obstante en el 30% de los casos se ha realizado coordinación con los Servicios Sociales Municipales.

La coordinación con estos se ha realizado, principalmente, en aquellas personas en las que se ha detectado que viven solas, en aquella en que hemos realizado un diagnóstico de

<sup>9</sup> DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. Memoria de actividad 2009 del Departamento 15

soledad y/o aislamiento y en las que se ha valorado una posible dificultad en la accesibilidad a los servicios sociales municipales.

Reseñar también que se han realizado reuniones de coordinación de casos a petición de servicios sociales, y se han realizado visitas domiciliarias conjuntas.

Por ello concluimos que la demanda de coordinación con instituciones sociocomunitarias ha sido bidireccional, estableciéndose tanto como una puerta de entrada al Programa como una intervención conjunta ante el problema. Con la coordinación hemos conseguido una intervención integral que nos ha llevado a una mejor atención a la problemática detectada.

En el segundo objetivo **Conocer y estudiar la problemática sociofamiliar de las personas mayores para la realización del diagnóstico social y la planificación de las intervenciones** incluimos las reflexiones siguientes:

En la mayoría de los casos (81%) se ha realizado una entrevista con el/la cuidador/a principal. Es el primer dato a destacar, el cual nos dice que la demanda de ayuda parte del/la cuidador/a, y esta demanda forma parte de la valoración de la situación que él/ella realiza.

La entrevista con el/la cuidador/a nos aporta información relevante para la valoración de la situación familiar, tanto de la unidad de convivencia como de la familia extensa, del/la anciano/a frágil.

Aunque el programa establece como actividad la valoración de la situación de la vivienda, debido al volumen de casos ha sido necesario establecer unos criterios para decidir en que casos se realizaba visita domiciliaria. Se ha realizado visita en un 32% de los casos. Estos criterios han sido dos fundamentalmente:

1. Casos en los que tras pasar las escalas pertinentes se ha detectado una situación de problema y/o riesgo social
2. Casos en los que se realice una valoración profesional de riesgo social

La realización de la visita nos lleva a conocer la realidad en la que viven los/las ancianos/as que resulta imprescindible para un buen diagnóstico social del que se desprenderá nuestra intervención.

En el 31% de los casos incluidos se ha aplicado escalas de valoración.

Las escalas elegidas han sido principalmente, el Índice de Lawton y Brody, el Cuestionario Apgar Familiar, la Escala de Gijón y el cuestionario de sobrecarga del/la cuidador/a de Zarit.

Estos instrumentos nos han proporcionado información precisa y objetiva para realizar la valoración de la capacidad funcional y el riesgo social de un/a anciano/a susceptible de entrar en el programa, o bien han reforzado nuestra percepción sobre los casos. También nos han apoyado a la hora de valorar el apoyo familiar, social o vecinal que recibe una persona en un momento determinado.

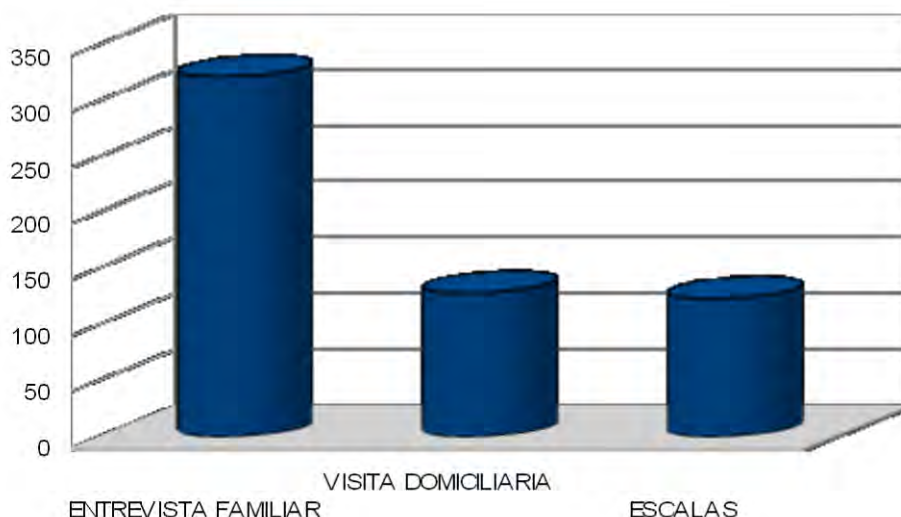


Tabla 6: Técnicas utilizadas

Siguiendo con el estudio de la problemática sociofamiliar de las personas mayores, en la mayoría de los casos registrados (58%) nos encontramos con personas que viven solas, o matrimonios en los que ambos miembros son personas dependientes.

Esto tiene dos lecturas, por un lado la situación de doble dependencia y por otro, los sentimientos de soledad, incapacidad y aislamiento que se pueden generar.



Tabla 7: Convivencia

En el tercer objetivo: **Intervención social en función del nivel de autonomía y/o dependencia de cada caso** incluimos las reflexiones siguientes:

En la mayoría de los casos registrados (62%) se observa que son beneficiarios/as de algún recurso sanitario, entendiendo como recursos sanitarios las prestaciones ortoprotésicas, la oxigenoterapia, así como cualquier otro recurso o prestación sanitaria. También consideramos como prestación sanitaria la solicitud de reintegro del gasto económico generado por la utilización de estos recursos.

En cuanto a recursos sociales constatamos que la diferencia existente entre recursos

sociales tramitados (45%) y concedidos (24%) es casi el doble. Esto puede ser debido a la demora existente en la concesión del recurso por parte de la Conselleria de Bienestar Social. Reseñar también la escasez de recursos sociales que se adecuen a las necesidades reales de este colectivo de población.

También es importante señalar que puede haber casos en los que no se realice el seguimiento conjunto con los servicios sociales, por lo que perdamos esa información desconociendo si ha sido concedido o no el recurso solicitado.

En el 44% de los casos registrados se han detectado otras necesidades distintas a las manifestadas en un primer momento por el/la usuario/a o por su cuidador/a principal. Esto puede deberse a que el/la anciano/a por sus características no es consciente, en ocasiones, de sus verdaderas necesidades y/o limitaciones.

La detección de nuevas necesidades ha supuesto que se realice una nueva valoración, lo que ha generado un nuevo diagnóstico social o la modificación del previo, lo que a su vez genera una nueva intervención social.

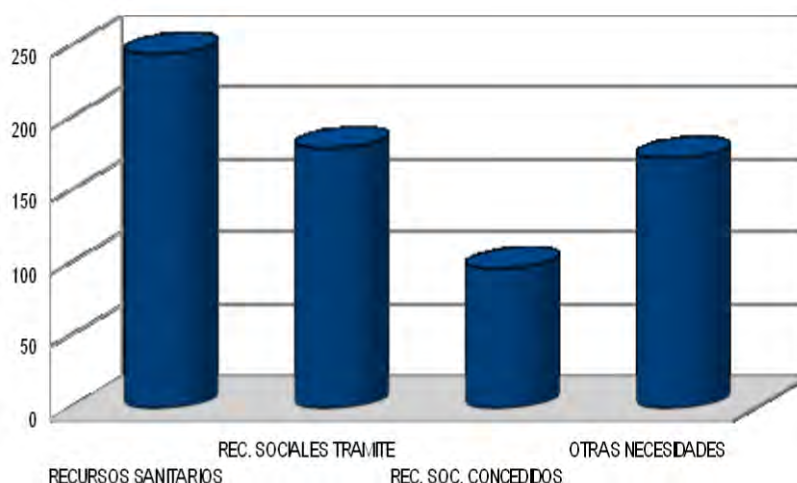


Tabla 8: Recursos sociales y necesidades

En el cuarto objetivo: **Intervención en las redes de apoyo sociales y comunitarias, creando y reforzando canales de comunicación y coordinación** incluimos las reflexiones siguientes:

En más del 50% de los casos estudiados el/la paciente acude al Centro Hospitalario, tanto al Servicio de Urgencias (34%) (de estas se genera un 18% de ingresos hospitalarios), como ingresos para intervenciones programadas (16%).

Este dato nos muestra la necesaria coordinación entre Atención Primaria de Salud y Atención Especializada, debido al alto porcentaje de utilización del recurso de la Atención Hospitalaria.

El hospital es una puerta de entrada de nuevos casos ya que hay ancianos/as que a priori no cumplen los requisitos de inclusión en el programa, pero que tras sufrir una enfermedad que genera un ingreso, al alta los cumplen.

En la tabla de registro inicial se hizo constar el número de casos que o bien había sufrido

algún ingreso o había acudido a urgencias, pero no se registró la frecuencia de estos ingresos o visitas a urgencias.

El grupo de trabajo considera interesante registrar estos datos por lo que construye otra tabla para el registro del mismo.

|   |    | TOTALES |
|---|----|---------|
| Nº de casos en los que se ha producido un solo ingreso hospitalario:                            | 59 | 73      |
| Nº de casos en los que se ha producido más de un ingreso hospitalario                           | 14 |         |
| Nº de casos en los que se ha producido una sola visita al servicio de urgencias hospitalario:   | 93 | 135     |
| Nº de casos en los que se ha producido más de una visita al servicio de urgencias hospitalario: | 42 |         |

Tabla 9: Atenciones Hospitalarias

Una vez analizados los datos obtenidos del registro de las circunstancias sociofamiliares de los casos incluidos en el programa, agrupados en torno a los objetivos de dicho programa, pasamos a analizar los diagnósticos sociales que hemos realizado en cada caso.

Durante el registro de los casos han surgido algunas dudas entre las componentes del equipo de trabajo.

La primera dificultad detectada ha sido la no unificación de criterios antes de iniciar el registro de casos en la tabla. Esto se hace notar a la hora de identificar problemas sociales y realizar diagnósticos. En el Abucasis no existe una definición de los problemas sociales, hay algunos problemas cuya formulación es similar, lo cual puede llevar a utilizarlos de forma aleatoria. Al contrastar los datos, observamos la necesidad de definir claramente y acotar alguno de estos problemas sociales.

Consensuamos las diferencias en la definición del problema *Soledad/Aislamiento y Sin familia*. Así pues se registrará Soledad/Aislamiento cuando sea manifestado como un handicap por el /la paciente, es decir, cuando o bien no tenga familia o aunque la tuviera, la persona se siente sola sin nadie que le pueda ayudar.

Unificamos el criterio de inclusión de matrimonios, restringiéndolo a cuando los dos miembros de la pareja cumplan los requisitos de la población diana. Si sólo los cumple uno de ellos, sólo será él/ella registrado/a.

También unificamos el criterio referente a cuándo consideramos que vive solo/a: vive solo/a (no matrimonios) y no tiene compañía las 24 horas del día, es decir aunque tuviera un/una auxiliar o familiares que se turnaran en su cuidado sin cubrir las 24 horas, se registraría como persona que vive sola.

Definimos las diferencias entre limitación de la autonomía personal y las dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Quedando definida limitación de autonomía personal como: dificultad en la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.. En cuanto a las dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria,

quedaría definido como: dificultad para desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia en el cuidado personal, en las actividades domésticas básicas, en la movilidad esencial, en reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Hacemos una primera distinción en lo que podemos definir como diagnósticos o problemas personales, que son los referidos a las circunstancias personales de la persona sin relacionarla con su entorno, y aquellos diagnósticos o problemas que nos van a definir sus circunstancias de convivencia, entorno y relación.

Como diagnósticos principales y utilizados con más frecuencia nos aparecen los diagnósticos referidos a problemas personales.

Estos diagnósticos son los siguientes:

- Limitación de la autonomía personal: 300 casos
- Dificultad para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: 230 casos
- Dificultad de movilidad: 170 casos
- Enfermo crónico: 149 casos

Todos estos diagnósticos están referidos a limitaciones físicas características de la población objeto de este estudio.

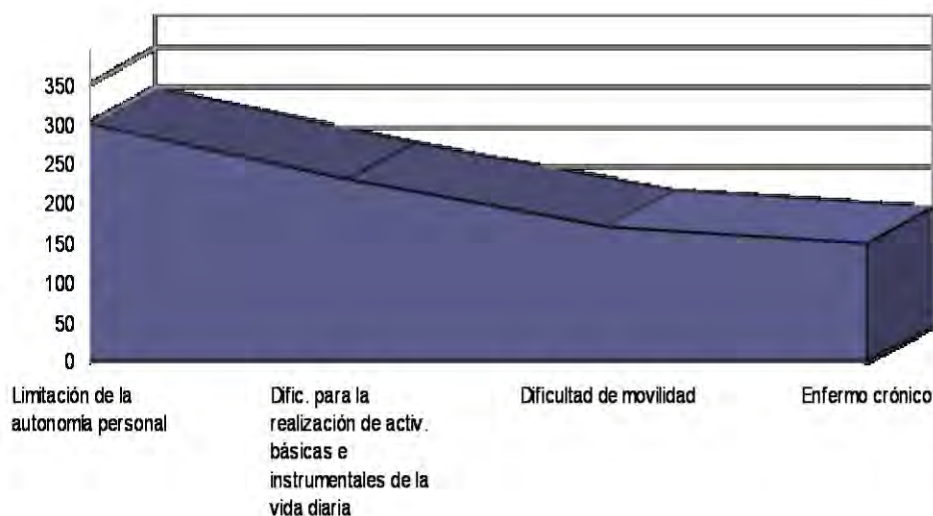


Tabla 10: Casos diagnosticados con limitaciones físicas

Hemos agrupado los problemas que nos definen las circunstancias sociales y de convivencia en dos grupos.

En el primero de ellos estarían los siguientes diagnósticos:

- Soledad/aislamiento: 42 casos
- Red de apoyo social insuficiente: 7 casos
- Dificultad para atender a los miembros de la familia: 14 casos

- Viudedad: 12 casos
- Sin familia : 1 caso

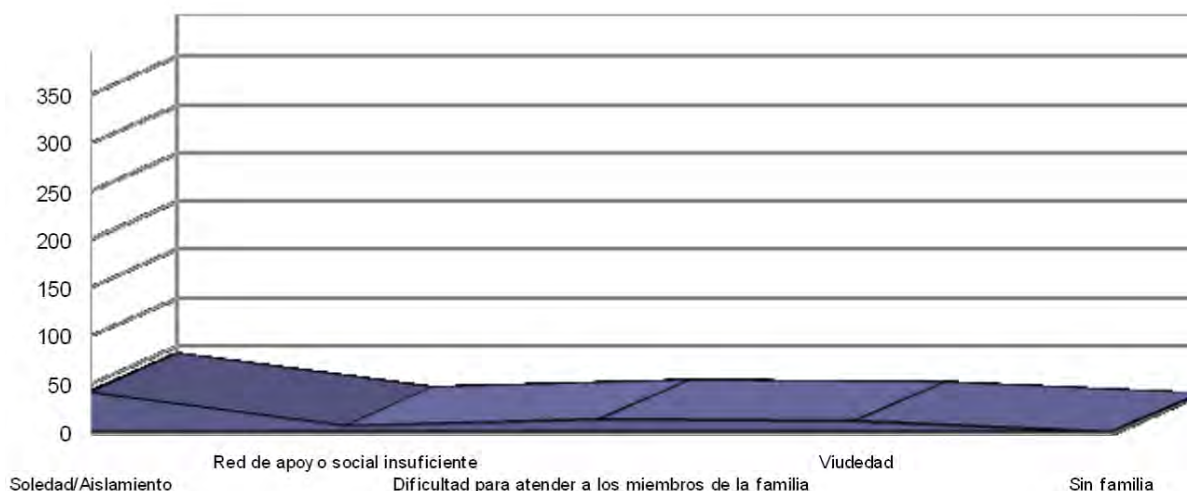


Tabla 11: Casos diagnosticados de soledad

En el segundo grupo se encontrarían los siguientes diagnósticos:

- Desajustes convivenciales: 16 casos
- Conflicto de pareja: 6 casos
- Situación de estrés familiar: 6 casos
- Malos tratos psíquicos: 3 casos
- Claudicación familiar: 1 caso
- Negación de la enfermedad: 5 casos

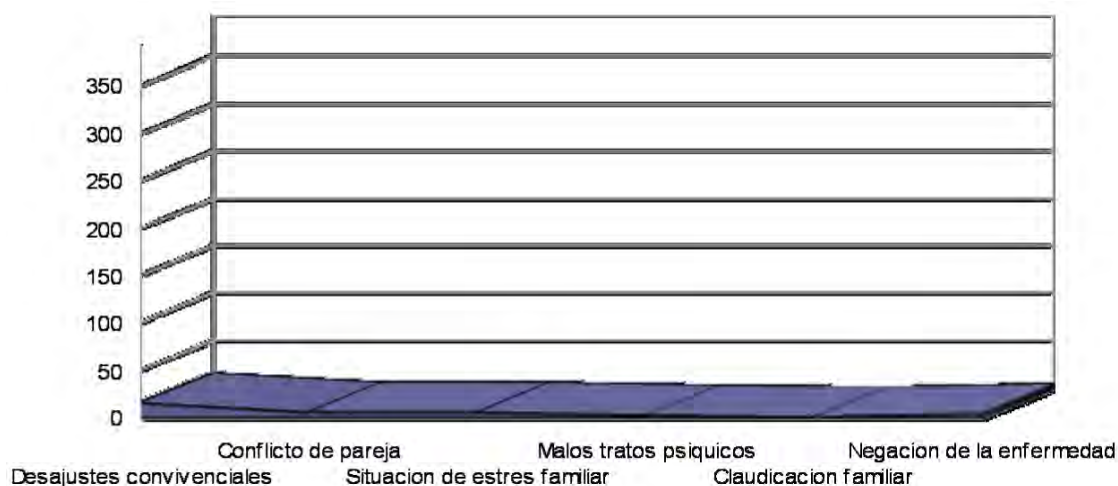


Tabla 12: Casos diagnosticados de situación familiar grave

Por tanto podemos concluir que el perfil de usuario/a registrado en el programa presenta limitaciones en su autonomía personal, tanto a nivel de movilidad como en la realización



de las actividades básicas e instrumentales; Presentan patologías crónicas que requieren de atención sanitaria integral. En un número de casos significativo la red de apoyo socio-familiar es insuficiente.

Aunque el programa es específico del/la ts, la complejidad de problemas de este colectivo hace fundamental el abordaje desde la multidisciplinariedad. El ser ts integrados/as en equipos de atención primaria nos ha facilitado, en muchos casos, este abordaje, coordinando nuestras acciones con el personal médico y de enfermería.

Fundamental ha sido también la coordinación con Atención Especializada, siendo la ts del Hospital el vehículo efectivo de esta coordinación.

Tras la experiencia de implantación del Programa llegamos a la conclusión que es una herramienta de trabajo útil, ya que nos ha permitido detectar otras necesidades además de la demanda inicial en un 44% de los casos estudiados, lo cual nos parece una aportación muy importante a la calidad asistencial, ya que sin la aplicación de este Programa no se hubieran detectado. El trabajo social mediante programas de salud sistematiza nuestra intervención y refleja nuestra especificidad como ts sanitarios/as. Permite guiar nuestra práctica profesional diaria según criterios y pautas consensuadas con otros/as profesionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACUERDO de 20 de mayo de 2011, del Consell, por el que se aprueba el III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013. [2011/6947] – (Publicado en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana nº 6545 del 17 de Junio de 2011).
- ALTIMIRAS, M Dolores y “et al”. *Intervención del Trabajador Social de Salud con personas mayores*. (programa pendiente de publicar por la Conselleria de Sanitat Valenciana)
- DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. *Memoria de gestión del Departamento*15. 2008, páginas 11 y 12
- DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. *Memoria de actividad 2009 del Departamento* 15. 2010, páginas 10 y 11.
- [http://www.ibivirtual.com/web/doc/a21\\_diagtec2.pdf](http://www.ibivirtual.com/web/doc/a21_diagtec2.pdf)
- <http://www.foro-ciudad.com/alicante/alcoy/mensaje-7445842.html>
- [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/ciudadanos/preguntas\\_frecuentes/definiciones\\_clave/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/ciudadanos/preguntas_frecuentes/definiciones_clave/index.htm)
- “Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria”
- “Guía de consulta rápida”