

Nº 73 | tercer cuatrimestre 2012

Revista de la Asociación española de Trabajo Social y Salud

TRABAJO SOCIAL Y SALUD

Segunda Época

XI CONGRESO ESTATAL DE
LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE
TRABAJO SOCIAL
Y
SALUD



25 años de la Asociación:
MIRANDO HACIA EL FUTURO
Zaragoza 10, 11 y 12 de Mayo 2012
Aula Magna Facultad de Medicina
Universidad de Zaragoza

www.revistadetrabajosocialysalud.es

suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es

Contenidos de este número:

1. Infección por VIH, enfermedad crónica, envejecimiento, aspectos sociales en mayores de 50 años.
 2. Evaluación de un puesto de gestión de Trabajo Social sanitario en el sistema de Salud valenciano.
 3. Depresión y ansiedad en Trabajo Social Sanitario: De la evidencia a la clínica.
 4. Trabajo Social Sanitario y provisión de cuidados informales de los mayores del Área IV.
 5. Programa envejecimiento activo y saludable en Atención Primaria de Salud.
 6. ¿Y la salud de la trabajadora social?
 7. La especificidad de la intervención social en una unidad de media y larga estancia psicogerítrica en Salud Mental.
 8. Intervención multidisciplinar en pacientes mayores con fractura de cadera: Evolución funcional y necesidad de recursos.
 9. Trabajo Social Hospitalario con las personas sin hogar.
 10. Trabajo Social: Grupo de relaciones sociales para personas con enfermedad mental crónica.
 11. El Continuum Asistencial. Un reto posible entre diferentes niveles asistenciales.
 12. Proyecto de investigación sobre la coordinación sociosanitaria en Salud Mental en Palma de Mallorca. Valoración de los responsables de los Servicios Sociales y de las unidades de Salud Mental.
 13. La gestión de altas hospitalarias: Atención Continuada y centrada en el paciente.
 14. Trabajo Social Sanitario Hospitalario: Apostando por la innovación y eficacia en la intervención.
 15. Cartera de servicios de Trabajo Social Sanitario. Comunitat Valenciana.
 16. Construyendo ciudadanía: Acompañamiento e intervención social desde un enfoque participativo.
 17. Trabajo Social Sanitario en pacientes hospitalizados por accidente laboral: Análisis de 100 casos.
 18. Instrumento de valoración de indicadores de maltrato infantil para la intervención del/de la trabajador/a social en el ámbito sanitario.
 19. El tratamiento del cuidador del paciente con demencia: Intervenciones basadas en la evidencia científica.
 20. Protocolo de atención a personas sin hogar.
 21. Grado de concordancia entre el diagnóstico "Problema Social" y/o "Sociopatía" de los informes médicos de alta hospitalaria, y la Atención Social realizada durante el año 2009 en el Hospital de Sabadell.
 22. Paciente crónico complejo.
- Ida M. Cannon: Comienzo de la identidad profesional en el Trabajo Social Sanitario.
23. Perfil de los pacientes del CSM Sant Marti Sud derivados al Plan de Servicios Individualizados (PSI) del distrito de Sant Marti. Barcelona.
 24. Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) desde un Centro de Salud Mental (CSM) de la ciudad de Barcelona.
 25. Intervención Social y coordinación en un servicio de Urgencias de nivel I.
 26. Descripción de la Intervención Social en una unidad hospitalaria de agudos de Psiquiatría.
 27. Motivando el cambio a adolescentes en conflicto con la ley... y con las drogas.
 28. Richard Clarke Cabot, precursor del Trabajo Social Sanitario. Legitimación de la nueva profesión.
 29. Las iniciativas que facilitan la intervención del trabajador social en un hospital.
 30. Detección Precoz de la carga del cuidador principal del anciano dependiente hospitalizado.
 31. Salud y vivienda: Resultados de un procedimiento de mediación desde la Atención Primaria.
 32. La Intervención Social en la transición a adultos de adolescentes diabéticos.
 33. Evolución de la Intervención Social en un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalario.
 34. Diferencias entre las personas mayores alojadas en residencias y las que conviven con sus familiares en la comunidad autónoma de la región de Murcia.
 35. Proyecto de intervención grupal: "Relacionate!"

CONSEJO EDITORIAL:

- Director: Prof. Dr. D. Miguel Miranda Aranda. Universidad de Zaragoza.
- Prof. Dr. D. Carlos Aibar Remon. Universidad de Zaragoza.
- Profª Dña. María Jesús Ballestín Miguel. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Zaragoza.
- Profª Dña. Eva Garcés Trullenque. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Zaragoza.
- Prof. D. Armando Colomer Simón. Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. Del Pilar. Universidad de Zaragoza.
- Prof. Dr. D. Josep Mª Comelles Esteban. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- Profª Dña. Dolores de Pedro Herrera. Universidad de Zaragoza.
- Prof. D. Francisco Galán. Fundación Rey Ardid. Universidad de Zaragoza
- Dña. Agustina Hervás de la Torre. Hospital Virgen del Rocio de Sevilla. Presidenta de la Asociación Trabajo Social y Salud.
- Prof. Dr. D. Antonio Lobo Satué. Universidad de Zaragoza.
- Prof. Dr. D. Enrique Pastor Seller. Universidad de Murcia.
- Prof. Dr. D. José Luis Sarasola Sánchez-Serrano. Univ. Pablo de Olavide, Sevilla.
- Profª Dña. Mercedes Vilas Torruella. Universidad de Zaragoza.

Depósito Legal: Z-1586-88

I.S.S.N. 1130-2976

Título clave: Trabajo Social y Salud

Título abreviado: Trab. Soc. y Salud.

Imprime. REPROIMSA.

Suscripciones y números atrasados:

REPROIMSA.C/ Carmen, nº 26. 50005 Zaragoza.

Tel y Fax: 976 301 999.

Dirección de Correo Electrónico: reproimsa@reproimsa.com

Para enviar artículos:

Dr. Miguel Miranda Aranda

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

Universidad de Zaragoza.

C) Violante de Hungría, 23. 50009. Zaragoza.

Dirección de Correo Electrónico:

director@revistadetrabajosocialysalud.es

mmiranda@unizar.es

INDICE DE ARTÍCULOS

1. Infección por VIH, enfermedad crónica, envejecimiento, aspectos sociales en mayores de 50 años. <i>M.J. Ballestín Miguel et al.</i>	5
2. Evaluación de un puesto de gestión de Trabajo Social sanitario en el sistema de Salud valenciano. <i>Carmen Illa Lahuerta</i>	15
3. Depresión y ansiedad en Trabajo Social Sanitario: De la evidencia a la clínica. <i>Valentín Calvo Rojas et al.</i>	23
4. Trabajo Social Sanitario y provisión de cuidados informales de los mayores del Área IV. <i>María José López García, Encarnación Ballesteros Juan</i>	33
5. Programa envejecimiento activo y saludable en Atención Primaria de Salud. <i>Isabel Redondo Zambrano et al.</i>	43
6. ¿Y la salud de la trabajadora social? <i>Encarna Canet Benavent</i>	49
7. La especificidad de la intervención social en una unidad de media y larga estancia psicogerítrica en Salud Mental. <i>Esther Albasa Jové</i>	59
8. Intervención multidisciplinar en pacientes mayores con fractura de cadera: Evolución funcional y necesidad de recursos. <i>Alodia Abad Ruiz et al.</i>	67
9. Trabajo Social Hospitalario con las personas sin hogar. <i>Sonsoles López Díaz</i>	77
10. Trabajo Social: Grupo de relaciones sociales para personas con enfermedad mental crónica. <i>M^a Rosario Luis-Yagüe López, Fátima Roda de Oro</i>	83
11. El Continuum Asistencial. Un reto posible entre diferentes niveles asistenciales. <i>Iolanda Aguilera López et al.</i>	87
12. Proyecto de investigación sobre la coordinación sociosanitaria en Salud Mental en Palma de Mallorca. Valoración de los responsables de los Servicios Sociales y de las unidades de Salud Mental. <i>M^a Amparo Canovas Sotos, Josep M^a Playà Busquets</i>	99
13. La gestión de altas hospitalarias: Atención Continuada y centrada en el paciente. <i>Macarena López de Lis</i>	109
14. Trabajo Social Sanitario Hospitalario: Apostando por la innovación y eficacia en la intervención. <i>Ana Cristina López Martínez et al.</i>	117

15. Cartera de servicios de Trabajo Social Sanitario. Comunitat Valenciana. <i>Lucía Aroca Fons</i>	127
16. Construyendo ciudadanía: Acompañamiento e intervención social desde un enfoque participativo. <i>Urbina Aguilar Raposo et al.</i>	139
17. Trabajo Social Sanitario en pacientes hospitalizados por accidente laboral: Análisis de 100 casos. <i>Montse Fernández Bretones</i>	149
18. Instrumento de valoración de indicadores de maltrato infantil para la intervención del/de la trabajador/a social en el ámbito sanitario. <i>Ángela Sempere Juan</i>	155
19. El tratamiento del cuidador del paciente con demencia: Intervenciones basadas en la evidencia científica. <i>Guillermo Pérez Mora, Miguel Ángel Quintanilla López</i>	171
20. Protocolo de atención a personas sin hogar. <i>Javier Torrado Griñón</i>	181
21. Grado de concordancia entre el diagnóstico "Problema Social" y/o "Sociopatía" de los informes médicos de alta hospitalaria, y la Atención Social realizada durante el año 2009 en el Hospital de Sabadell. <i>Ascensión Martos Martínez et al.</i>	189
22. Paciente crónico complejo. <i>Melinda Jiménez</i>	201
Ida M. Cannon: Comienzo de la identidad profesional en el Trabajo Social Sanitario. <i>Elena Redrado Naudín et al.</i>	207
23. Perfil de los pacientes del CSM Sant Marti Sud derivados al Plan de Servicios Individualizados (PSI) del distrito de Sant Marti. Barcelona. <i>D: Sánchez et al.</i>	215
24. Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) desde un Centro de Salud Mental (CSM) de la ciudad de Barcelona. <i>Ana Cascales et al.</i>	225
25. Intervención Social y coordinación en un servicio de Urgencias de nivel I. <i>Susana González Melero et al.</i>	235
26. Descripción de la Intervención Social en una unidad hospitalaria de agudos de Psiquiatría. <i>Nuria Ferrer Benajes</i>	245
27. Motivando el cambio a adolescentes en conflicto con la ley... y con las drogas. <i>M^a de las Mercedes Botija Yagüe, Miguel Aragón Vicente</i>	253

28. Richard Clarke Cabot, precursor del Trabajo Social Sanitario. Legitimación de la nueva profesión. <i>Raquel Girón Giménez et al.</i>	263
29. Las iniciativas que facilitan la intervención del trabajador social en un hospital. <i>Isabel Mares Serrano, Dolores Peña Poza</i>	269
30. Detección Precoz de la carga del cuidador principal del anciano dependiente hospitalizado. <i>Carmen Gavara Gimeno et al.</i>	275
31. Salud y vivienda: Resultados de un procedimiento de mediación desde la Atención Primaria. <i>S. Arce Rodríguez, A. Alcaide Vela</i>	281
32. La Intervención Social en la transición a adultos de adolescentes diabéticos. <i>Montserrat Téllez Gajate et al.</i>	285
33. Evolución de la Intervención Social en un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalario. <i>A. Zamora Guzman et al.</i>	293
34. Diferencias entre las personas mayores alojadas en residencias y las que conviven con sus familiares en la comunidad autónoma de la región de Murcia. <i>Esther Acevedo Alcaraz et al.</i>	301
35. Proyecto de intervención grupal: "Relacionate!" <i>Anna Pomares Costa</i>	311

INFECCION POR VIH, ENFERMEDAD CRÓNICA, ENVEJECIMIENTO, ASPECTOS SOCIALES EN MAYORES DE 50 AÑOS

M.J. BALLESTÍN MIGUEL, I. SANJOAQUÍN CONDE, G. GUILLEN LLOVERIA, Y. SANCHEZ GUIU, J. CUESTA MUÑOZ, S. LETONA CARBAJO, JA. AMIGUET GARCIA, M. J CRUSELLS CANALES.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

RESUMEN

Al iniciar la tercera década de aparición de la infección por Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se observa un progresivo envejecimiento de la población de infectados por el VIH en población mayor. Este incremento se debe a varias razones: el aumento global de la incidencia de casos nuevos, una mayor y mejor comunicación de los casos en población anciana que al inicio de la epidemia y, fundamentalmente, la progresión mas lenta de la enfermedad y mayor supervivencia gracias a la eficacia del tratamiento antirretroviral. La edad adoptada como punto de corte para definir los "pacientes mayores" o "ancianos" en los estudios referidos a la infección por el VIH es la edad de 50 años.

En el mundo hay 2,8 millones de personas mayores de 50 años que están infectadas por el VIH, en España el 17,3 % de los casos existentes. El mecanismo mas frecuente de transmisión en este grupo de edad es la vía sexual. Este grupo presenta peculiaridades epidemiológicas que en muchas ocasiones retrasan el diagnóstico además su sistema inmunológico, envejecido puede alterar la respuesta inmunológica al TAR y presentan numerosas comorbilidades no asociadas al VIH que pueden complicar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad.

Se realiza una revisión bibliográfica a partir del año 2005, sobre los aspectos relacionados con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida en personas mayores y un estudio observacional transversal con el objetivo de analizar los factores sociales que pueden interferir negativamente en el seguimiento y trata-

miento ambulatorio de las personas mayores infectados por VIH.

Este análisis ha mostrado que las personas mayores de 50 años representan un porcentaje muy elevado de los casos afectados por VIH (23%), presentan aspectos sociales adversos, como son inestabilidad laboral (29%) y dificultades percibidas de tipo social para llevar un adecuado seguimiento (16%), aunque estos aspectos negativos están presentes en menor medida que en el grupo de edad inferior a 50 años.

Se debe intervenir en prevención y educación sanitaria en este subsector de población e investigar en aspectos psicosociales, actitudes en otros servicios implicados del ámbito sociosanitario.

PALABRAS CLAVE

Ancianos, envejecimiento, edad, VIH, SIDA, factores sociales.

ABSTRACT

When you start the third decade of onset of infection by human immunodeficiency virus (HIV) shows a progressive aging of the population infected with HIV in older people. This increase is due to several reasons: the overall increase in the incidence of new cases, more and better reporting of cases in the elderly than at the beginning of the epidemic and fundamentally slower progression of the disease and improved survival by the effectiveness of antiretroviral therapy. Adopted as the age cutoff to define "older patients" or "elders" in the

de practicar hábitos de vida saludable y seguir siendo activo para mejorar la calidad de vida.

Debemos por tanto, luchar por la sustentabilidad del sistema sociosanitario público, en el que se sienten unas bases y líneas de actuación sobre lo necesario y conveniente de llevar un estilo de vida activo y saludable en la madurez, para conseguir la prevención de las enfermedades; de esta forma los recursos se podrán dedicar a las personas que no tienen capacidad para cuidarse por sí mismos, porque habremos aprendido a curarnos en salud y educar a las generaciones venideras.

Esta prevención ocasiona ahorro en un sistema saturado, ya que el promover el bienestar para evitar enfermedades futuras, conlleva menor gasto sanitario y farmacéutico, menor absentismo laboral y mayor productividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan Galego das persoas maiores. Plan Actuación Social Galicia 2010-2013. Xunta de Galicia.
- Programa "Envejecer con Salud". Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud, Instituto de salud Pública (ISP). Gobierno de Navarra.
- Programa "Cuidando al Cuidador :Cómo Ayudar al Enfermo sin destruirnos". Portabales Pesqueira, A.
- Programa "Cuidar y Cuidarse". Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud, Instituto de salud Pública (ISP). Gobierno de Navarra.
- Flórez Lozano, José Antonio. 2009. Manual de autoayuda para un envejecimiento saludable y feliz.

¿Y LA SALUD DE LA TRABAJADORA SOCIAL?

ENCARNA CANET BENAVENT

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.

encarna.canel@uv.es

Encarna Canet Benavent: profesora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universitat de València. Trabajadora Social especializada en violencia de género y máster en asesoramiento y orientación familiar. Miembro de la Junta de gobierno de la Asociación de Terapeutas de Familia de la Comunidad Valenciana (ATFCV).

RESUMEN

El Trabajo Social Sanitario ha de realizar intervenciones de calidad y respetuosas con las personas a las que atiende y sus familias, muchas veces aun a pesar de la propia organización sanitaria. Las condiciones en las que las trabajadoras sociales sanitarias desempeñan sus funciones y las múltiples situaciones problemáticas que se atienden (enfermedad, toxicomanías, violencia, muerte, desesperanza...) pueden llevar en ocasiones a padecer el síndrome de quemarse por el trabajo o Burnout. Para que la atención sanitaria sea profesional y ética las trabajadoras sociales han de realizar su trabajo en condiciones dignas y tener los recursos necesarios. Veremos cuales son las causas y características definitorias del Burnout y cómo protegerse de él, remarcando que la prevención está principalmente en manos de la organización sanitaria y de las condiciones laborales que impone a las y los profesionales.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de quemarse por el trabajo, Trabajo Social sanitario, estrés laboral, agotamiento emocional, despersonalización, autocuidado.

ABSTRACT

The health social work needs to implement interventions of quality and be respectful with the people and families is taking care of; plenty of times in spite of the very health organization. The working conditions in which the health social workers carry out their tasks and the multiple problematic situations being served (sickness, additions, violence, death, hopelessness,...) might sometimes make people suffer the syndrome of getting exhausted by work or "burnout". For the health attention to be professional and ethical the social workers should be able to perform their work in worthy conditions and to have the necessary resources. We will see the causes and the defining features of the "burnout" and how to protect oneself from it, and we also highlight that the prevention is mainly in the hands of the health organization and the working conditions imposed to the professionals.

KEY WORDS

Syndrome of getting exhausted by the work, health social work, work stress, emotional exhaustion, despersonalization, self-care.

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social Sanitario ha de realizar intervenciones de calidad y respetuosas con las personas a las que atiende y sus familias, muchas veces aun a pesar de la propia organización sanitaria. Las condiciones en las que las trabajadoras sociales sanitarias desempeñan sus funciones y las múltiples situaciones problemáticas que se atienden (enfermedad, toxicomanías, violencia, muerte,

desesperanza...) pueden llevar en ocasiones a padecer el síndrome de quemarse por el trabajo o Burnout.

Muchas son las funciones que se realizan en Trabajo Social Sanitario, algunas de las cuales señalamos a continuación¹:

En el área de atención directa:

- Estudio de los factores sociales para establecer una valoración diagnóstica y el plan de intervención con el/la paciente.
- Movilizar y potenciar los recursos internos y externos de las personas para que afronten adecuadamente la situación de salud: estrategias de afrontamiento personal y fomento de la red social de apoyo.
- Información al/la paciente y su familia sobre los recursos comunitarios y servicios de salud existentes.
- Ponerles en contacto con grupos de ayuda mutua.
- Coordinación interinstitucional con los recursos implicados en la intervención
- Coordinación intrainstitucional con otros servicios del sistema, como salud mental, salud laboral, inspección etc
- Realización de informes sociales.
- Participación en actividades de planificación y organización de los servicios.

En el área de coordinación socio sanitaria:

- Conocer y analizar los recursos y las redes de la zona.
- Formar parte e impulsar el área de coordinación sociosanitaria.
- Informar y asesorar al resto del equipo sobre los recursos sociales existentes.
- Ser la gestora de casos en los grupos de riesgo social o problemática social, realizando la valoración social, el plan de intervención y responsabilidades de los distintos profesionales, determinando los recursos a aplicar, derivaciones si es el caso, etc

En el área de apoyo social:

- Impulsar la creación de grupos de ayuda mutua y

¹ Tomado del documento marco "Rol de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud" (2004) del Servicio Canario de Salud.

grupos de voluntariado que respondan a necesidades de salud.

- Sensibilizar a los/as profesionales sanitarios sobre la importancia del apoyo social en salud.
- En el área de promoción de la salud y participación:

- Estudiar los factores sociales que caracterizan a la población de referencia para mejorar la salud de la comunidad.
- Desarrollar programas de educación para la salud con el resto del equipo
- Aportar los contenidos sociales pertinentes a los diferentes programas de educación sanitaria planificados por el servicio de salud.
- Facilitar a los miembros del equipo sus conocimientos técnicos en cuanto a relación, comunicación, trabajo con grupos e intervención comunitaria.

En el área de docencia e investigación:

- Formarse en función de las necesidades y expectativas.
- Colaborar en las actividades docentes del centro: tutorizar prácticas, participar en actividades de docencia...
- Realizar y/o colaborar en la elaboración de ponencias, comunicaciones, publicaciones...
- En las investigaciones aportará la perspectiva social, fomentando la inclusión de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo social en la salud.

Todas estas funciones convierten al sector sanitario en uno de los principales ámbitos de la atención social dado que a través de él las profesionales pueden prevenir, detectar, y tratar tanto las enfermedades que pueden conducir a diversas problemáticas sociales y hasta la exclusión, como los factores sociales que inciden en la salud, el bienestar y la enfermedad. Es un lugar privilegiado para la detección y abordaje de problemas sociales y de salud, permite la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad y el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad.

Pero para valorar la eficacia de una determinada organización, en este caso los servicios de salud, se hace necesario no solo tener en cuenta la atención de los y las pacientes, sino también considerar los aspectos de bienestar y salud laboral de los miembros que la componen, dado que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental de los y las profesionales no solo repercute en la organización sino en el bienestar de quienes son cuidados y cuidadas, y de la sociedad en general.

En este momento de duros recortes en sanidad, de condiciones leoninas para el personal, de privatizaciones encubiertas y/o descaradas, se habla mucho de la calidad en la atención sin tener en cuenta que la calidad comienza por unas condiciones dignas para el personal que forma parte de la organización. Sin estas condiciones dignas difícilmente se puede realizar un trabajo profesional adecuado a las necesidades y respetuoso con los derechos de la ciudadanía.

Si tenemos en cuenta que las profesionales son el elemento básico de los recursos de atención, necesariamente tendremos que pensar en el estado y las condiciones en las que trabajan estas profesionales que intervienen en esta área profesional, y lo que para ellas puede llegar a suponer este trabajo.

Quienes trabajan en profesiones que se encuentran en íntima relación con el sufrimiento humano (psicoterapeutas, médicos, trabajadoras sociales, personal de enfermería, personal de servicios sociales...) son muy vulnerables al desgaste por empatía, ya que ésta es un instrumento básico en este tipo de trabajos cuando se interviene con población traumatizada, necesitada, con enfermedad... y puede acabar afectando a nivel personal.

Según manifiesta el profesor De las Cuevas Castrejana (2003:108) los psiquiatras son los profesionales de la salud que presentan las tasas de suicidio más altas. Las enfermeras psiquiátricas también parecen experimentar un considerable grado de estrés en relación con el trabajo que desempeñan, al igual que los trabajadores sociales y los psicólogos.

La vocación en este tipo de trabajos es muy impor-

tante pero también puede ser un arma de doble filo ya que nos da satisfacción si podemos crecer profesionalmente, pero también puede generar desilusión si no podemos dar respuesta a las necesidades.

Muchas profesionales se ven expuestas a fuertes presiones provocadas por el empeoramiento de las condiciones laborales, trabajar sin recursos suficientes, el aumento de las exigencias por parte de las instituciones, la falta de expectativas de solución con respecto a las necesidades, las reducciones salariales, el aumento de las exigencias por parte de los usuarios que reclaman sus legítimos derechos, horarios excesivos, saturación del servicio... y esto provoca un estrés prolongado que va minando las defensas, las técnicas de respuesta, el interés por el trabajo, etc.

A esto hay que sumar que las nuevas medidas adoptadas por la reforma laboral y los recortes sociales que se están aplicando en Europa, no sólo no resolverán para nada las cuestiones de salud, conciliación, estrés laboral, bienestar físico y mental de las trabajadoras y trabajadores... sino que más bien tenderán a agravarla.

Y en este punto es donde empezaremos a hablar del Burnout o "Síndrome de quemarse por el trabajo", que afecta mayoritariamente a profesionales que prestan una función asistencial o social, como el personal sanitario y en el caso que nos ocupa, las trabajadoras sociales del ámbito sanitario.

En materia de legislación cabe señalar que en los últimos años ha habido avances y que tanto la Directiva Marco de la Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, BOE 10-11-1995) hacen referencia a los riesgos psicosociales y a la necesidad de identificarlos y prevenirlos (Gil-Monte 2003: 21).

Esta tendencia organizacional de mayor preocupación por el bienestar de las profesionales que hasta ahora se estaba aplicando en muchas organizaciones, no era casualidad o benevolencia de instituciones y empresas, sino resultado de comprobar que el aumento de la productividad y de la eficacia es mayor si éstas se encuentran

a gusto con la organización y con el desempeño de su trabajo.

En España el síndrome de quemarse por el trabajo ha sido considerado accidente de trabajo² después de que durante mucho tiempo sus síntomas se consideraran como los de la depresión.

¿QUE ES EL SINDROME DE BURNOUT?

El término Burnout fue utilizado por primera vez por Freudenberg (1974) para referirse a los problemas que padecían los profesionales de los Servicios Sociales. En 1977 Maslach difundió este término para referirse a una situación que cada vez era más frecuente: los trabajadores de los servicios humanos, después de años de dedicación, acaban "quemándose" (Guillén Gestoso y Muñoz Colera, 2002).

En Noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la primera conferencia nacional sobre el Burnout. Quedó establecido que la importancia de este nuevo fenómeno se debía a tres motivos fundamentales:

- La importancia cada vez mayor de los servicios humanos como agentes de bienestar individual y colectivo.
- La mayor exigencia que los usuarios hacen de los servicios sociales, los educativos y los sanitarios.
- El mayor conocimiento de los efectos negativos del estrés, tanto en las personas como en las organizaciones.

El Burnout surge como respuesta a una situación de estrés laboral crónico provocado por las circunstancias que rodean a la profesional, no es un trastorno individual, sino que las reacciones aparecen al trabajar con determinadas temáticas y condiciones laborales.

Siguiendo a Gil-Monte y Peiró (1999), el Síndrome de Burnout se caracteriza por:

- 1- Cansancio o agotamiento emocional: progresiva pér-

2. Auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 (Recurso n° 4379/1999) y auto n° 14/02 de fecha 27 de marzo de 2002 del Juzgado de lo Social n° 3 Vitoria-Gasteiz.

didada de energías, desproporción entre el cansancio acumulado y el trabajo realizado, pérdida de la capacidad de disfrutar con las tareas, mayor irritabilidad, sensación de no poder dar más de sí misma.

- 2- Despersonalización: actitud negativa y cinismo hacia los usuarios, como mecanismo de respuesta a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza que produce el trabajo continuado con personas que sufren. Las personas usuarias son vistas de manera deshumanizada, les culpan de sus problemas. Las actitudes de despersonalización facilitan al profesional no implicarse en los problemas de la usuaria y así puede tener actitudes humillantes y de falta de respeto hacia ella, sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. Es una actitud que resulta disfuncional para los pacientes y para la organización, pero permite a la profesional adaptarse a su entorno laboral, a las fuentes de estrés que le provocan malestar, puede así convivir con ellas.
- 3- Sentimientos de culpa: esta despersonalización lleva a la profesional a tener sentimientos de culpa e impotencia por no poder realizar bien su trabajo.
- 4- Abandono de la realización personal laboral, el trabajo ya no es fuente de satisfacción ni de realización.

Todo esto provocará más sentimientos de culpa e impotencia que a largo plazo provocará un deterioro en la salud, aumento del absentismo y deseos de abandonar la profesión.

El Burnout se produce básicamente porque las condiciones de trabajo y el entorno en el que se desenvuelve éste, provocan un continuo estrés en la profesional. No se trata de una cuestión individual que afecta a algunas personas en particular, sino que puede afectar a todo un conjunto de trabajadoras. A diferencia de otros tipos de estrés, no desaparece con el descanso.

Siguiendo a Gil-Monte (2003:26), los factores que contribuyen a su aparición en el ámbito sanitario son de diversa índole:

- Elementos del entorno social: nuevas leyes y proto-

colos de actuación, cambios en los perfiles demográficos de la población, aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población, falta de formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración para resolver los problemas del sector, la masificación, la sociedad de la queja, la exigencia de una mayor calidad de vida, la falta de profesionales...

- Elementos a nivel organizacional: aumento de la burocracia, problemas de coordinación entre los profesionales, el conflicto y la sobrecarga de rol, los rápidos cambios a nivel tecnológico...

- En el plano de las relaciones interpersonales: excesiva identificación de la profesional con la usuaria, falta de apoyo de profesionales y supervisores, conflictos

interpersonales con las personas a las que se atiende y sus familiares.

- Condiciones personales de la trabajadora: deseo de obtener resultados brillantes, trabajadoras muy comprometidas con el dolor y el sufrimiento, personas entusiastas, con gran nivel de implicación personal en el trabajo, autoexigentes...Ello lleva a que se sientan culpables de los fallos tanto propios como ajenos.

ALGUNOS SINTOMAS DE ESTE DESGASTE PROFESIONAL

El síndrome de Burnout presenta gran variedad de sintomatología (Canet Benavent y García Cuenca, 2006:94)



- **Síntomas conductuales** como llegar tarde al trabajo, absentismo laboral, trabajar muchas horas pero lograr poco, pérdida del entusiasmo, facilidad para frustrarse, aburrimiento ante las tareas, dificultad para tomar decisiones. Síntomas que se expresan interaccionalmente, como aislarse de los colegas, cerrarse a nuevas informaciones, aumento de la irritabilidad con los compañeros de trabajo e incluso agresividad.

- **Síntomas psicológicos:** aparece la desmotivación, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de

vacío, deterioro de la autoestima, visión negativa de la vida y de los demás. Culpa, autoinculpación por la falta de logro con los usuarios, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Se acompaña además de vivencias de incompetencia, y fantasías de abandono o cambio del trabajo.

- **Síntomas cognitivo afectivos:** comienza a presentar problemas como excesiva distancia con los usuarios, culparlos por todo lo que les pasa. Aumento de etiquetamiento, hostilidad y cinismo hacia los pacientes, aburrimiento con ellos, apresuramiento

en la atención y el diagnóstico...

-Síntomas físicos como: cefaleas, fatiga crónica, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.

Muchos de los síntomas descritos se parecen a la depresión o al trastorno por estrés, sin embargo cuando hablamos de estrés o de depresión, el foco está puesto en los problemas personales de la profesional que pueden interferir en su adaptación al trabajo. Al hablar de desgaste y de agotamiento profesional, sin embargo, lo que hay que remarcar es que la sintomatología descrita no es un problema de trastornos psicológicos individuales sino que se trata de reacciones que presentan todas las personas que trabajan en contacto con estas temáticas y en determinadas condiciones laborales.

Son importantes pues los factores protectores: **la necesidad de cuidarse para poder cuidar a otros.**

¿PORQUÉ LAS TRABAJADORAS SOCIALES EN EL AMBITO DE SANIDAD TIENEN RIESGO DE PADECERLO?

En el ámbito sanitario aparecen una serie de factores de elevado estrés tanto para las usuarias y usuarios del servicio de atención como para las profesionales, lo cual, sumado a la habitual falta de recursos con que nos encontramos en el entorno de la atención social, conllevaría a que sean estas profesionales las de mayor riesgo de padecer Burnout. Entre estos factores destacamos:

1- El tipo de atenciones que se realizan son fuentes de estrés ya de por sí: situaciones de necesidad, sufrimiento, muerte y violencia. El estrés crónico que significa estar continuamente bajo tales circunstancias puede llegar a ser emocional y físicamente extenuante, pudiendo conducir a la presencia de signos del síndrome de estrés profesional.

2- Hay que ofrecer respuestas profesionales, que muchas veces son urgentes, sin tener recursos suficientes ¿Cuántas veces hemos peleado por mantener un ingreso hospitalario que ya es alta médica, por cuestiones sociales como violencia de género, falta de plaza residencial para una persona mayor sola, falta de vivienda, etc?

3- La dificultad de desconectar al salir del trabajo: las temáticas que se atienden hace que en ocasiones sea difícil olvidarse de los casos atendidos durante la jornada laboral.

4- Los posibles conflictos de ética profesional: en ocasiones pueden darse dilemas éticos en las profesionales, dado que las directrices a seguir por los servicios en los que desarrollan sus funciones pueden entrar en conflicto con los que marca nuestro Código Deontológico: obligación de denunciar situaciones de violencia de género en contra de la voluntad de la mujer, situaciones de residencia irregular, ingresos en centros residenciales con oposición del usuario...

5- La excesiva identificación con los pacientes/familiares y sus problemas: el proceso de empatía que se requiere por parte de la profesional para la atención de los y las pacientes, provoca que en ocasiones ésta sufra ansiedad, desesperanza y miedo por ellos/as. Este tema debería de trabajarse a nivel emocional con todas las componentes de los equipos profesionales, y la supervisión de apoyo es necesaria para que las trabajadoras no se vean solas en la intervención en este tipo de casos.

6- La escasez de profesionales y recursos con respecto a la demanda excesiva: la tónica general de los Servicios Sociales en cuanto a carencia de recursos profesionales, materiales, económicos, etc se ve trasladada al campo de la salud.

7- La necesidad de formación continua y especializada de las profesionales que trabajan en este ámbito, dado que las necesidades y las demandas sociales están en constante cambio y a que en este campo confluyen toda una serie de elementos pertenecientes a distintas disciplinas que hemos de integrar en nuestro hacer profesional: técnicas de entrevista, técnicas de relajación y control del estrés, conocimiento de la legislación básica, cómo actuar en casos de crisis y catástrofes, tramitación de plazas residenciales, realización de informes, intervención terapéutica, conocimiento básico de vocabulario de otros idiomas para poder atender a personas de otros países, conocimiento básico de las culturas de esos países, conocimiento de los recursos con los que contamos, conocimientos médicos y de salud mental... Esta for-

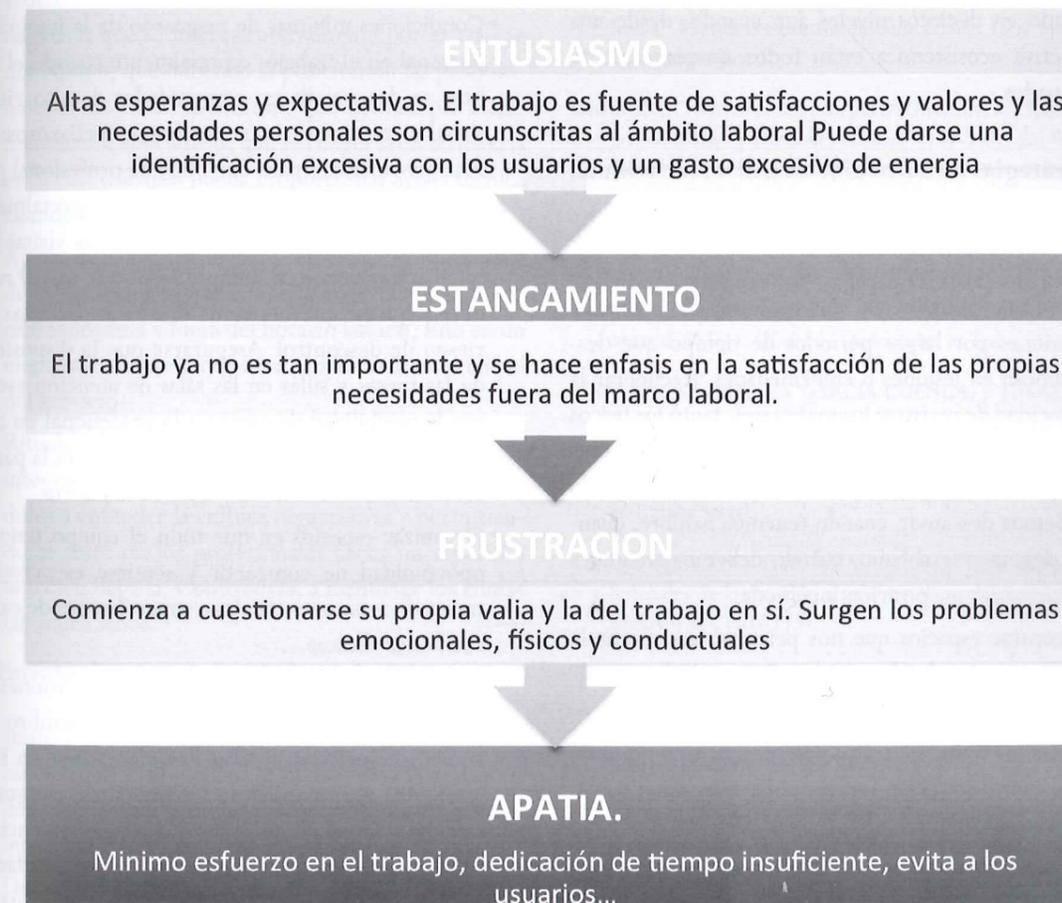
mación interdisciplinaria ha de ser proporcionada a las profesionales desde la propia organización en la que trabajan y dentro de su horario laboral, y si no se proporciona se las obliga a trabajar sin los recursos necesarios y con una menor calidad en la atención, lo cual supone una nueva carga emocional para ellas y un deterioro en la atención a la población.

8- Muchas veces falta la supervisión de casos y la evaluación del servicio. Tan importante como la formación de los equipos es también la supervisión continua de casos y la supervisión formativa. Es necesario que las intervenciones sean constantemente evaluadas para intentar aprender y mejorar y para que, las decisiones que tome una profesional en cada caso, sean decisiones colegiadas e interdisciplinarias y no decisiones individuales.

9- Necesidad de las profesionales de sentirse motivadas y gratificadas. La precariedad laboral, la baja remuneración, la falta de motivación por parte de la organización, el no tener elementos gratificantes a nivel personal y profesional... hace que sea frecuente que terminen "quemándose" y abandonando el equipo, precisamente cuando mayor es su experiencia y formación. Se pierde así todo su saber hacer acumulado.

ETAPAS EN EL FENÓMENO DEL BURNOUT.

Los síntomas descritos anteriormente transcurren a lo largo de unas etapas definidas que pueden ser observadas sin dificultad:



Fuente: De las Cuevas, 2003

EL CUIDADO DE LAS PROFESIONALES Y DE LOS EQUIPOS DE PROFESIONALES.

Tras lo anteriormente expuesto se puede concluir la enorme importancia que tienen el cuidado de las profesionales y de los equipos de intervención, como primer paso para poder tener servicios de atención de calidad. Para ello es primordial reconocerse como lo que somos: como profesionales y equipos en riesgo. También dedicar recursos al desarrollo de estrategias por parte de la organización y las profesionales que permitan el autocuidado para amortiguar el efecto nocivo que tiene el trabajo con estos temas.

Este autocuidado no es responsabilidad individual únicamente, sino que es responsabilidad de los niveles directivos e institucionales.

Ana María Aron (2004) agrupa las estrategias de autocuidado en distintos niveles aun cuando, desde una perspectiva ecosistémica están todos sincrónicamente relacionados.

a) Estrategias de autocuidado a nivel individual.

- Reconocer y hacer visibles nuestros malestares, no convertirse en "aguantadoras y aguantadores" sino manifestar aquello que nos molesta. No acumular tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en lesiones o enfermedades. Recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando debemos atender a dolores por una posición incómoda.
- Encontrar espacios que nos permitan compartir la carga emocional, "descargarnos" de todo lo acumulado.
- Evitar los temas de trabajo en nuestro tiempo libre, no elegir distracción temas que se relacionan con el ámbito laboral.
- Formación profesional. Es importante recibir formación en aquellas perspectivas teóricas y modelos que enseñan destrezas instrumentales adecuadas para el

tipo de trabajo y el tipo de usuarias. Recordemos que una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia por falta de formación.

- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde. Evitar auto-responsabilizarse en exceso de aquello que falla en nuestro trabajo y no está a nuestro alcance poder mejorar. Eso sí, siempre es bueno dar a conocer a la opinión pública nuestra opinión como profesionales, sobre aquello que falla o que se puede mejorar en cuanto a la intervención y a la dotación de recursos.

b) Estrategias de autocuidado a nivel de los equipos.

El cuidado de los equipos es responsabilidad de los niveles directivos y de las instituciones. Se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que proporcionen:

- Condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo, especialmente cuando el trabajo se desempeña en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos: tomar precauciones para que ninguna profesional permanezca sola en el lugar de trabajo, especialmente fuera de los horarios habituales, que las visitas domiciliarias se realicen siempre en pareja, que el resto del equipo esté alerta cuando se atiendan personas con riesgo de descontrol. Asegurarse que la disposición de las mesas y sillas en las salas de atención aseguren la posibilidad de escape a la profesional en caso de peligro por ejemplo, no ubicarse contra la pared, acorralado por una mesa y lejos de la puerta.
- Organizar espacios en que todo el equipo tenga la oportunidad de compartir y sentirse escuchada a través de reuniones técnicas, supervisiones de casos, reuniones clínicas...
- Compartir la responsabilidad de las decisiones de mayor riesgo que debe tomar cada miembro del equipo, especialmente aquellas que ponen en riesgo la vida o integridad de los pacientes, riesgos de suicidio u homicidio, riesgos de abuso o violencia... El desgaste que implica tomar la responsabilidad en este tipo de decisiones puede amortiguarse cuando es todo el equipo quien asume la responsabilidad por

la decisión.

- Estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y verticalista tienden a silenciar los conflictos y no favorecen la implicación del equipo. Hay que desarrollar destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
 - Estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos, que genere confianza en las profesionales y contribuya a definir la cultura organizativa de cada servicio y sus protocolos de actuación.
 - Es muy importante que la persona que coordina o dirige al equipo profesional dé mucha importancia al reconocimiento, a la retroalimentación, que no sólo sea un emisor de órdenes, sino que escuche al equipo; que sea una persona flexible, que conecte con las necesidades de la profesional; que provea los recursos necesarios para realizar bien el trabajo; que sea capaz de reconocer los aspectos positivos del equipo y demuestre sensibilidad para dar retroalimentación negativa; que se interese activamente por el trabajo del equipo; que defienda la posición de las profesionales frente a la institución; que comunique claramente sus expectativas; que sea experta en la materia en la cual trabaja y pueda proporcionar ayuda técnica cuando se necesite.
 - Apoyo de la institución para la formación continuada de las profesionales, que no se convierta en una cuestión individual y fuera del horario laboral, sino en un elemento más de la organización, de la buena calidad del servicio.
 - Rituales de incorporación. Los rituales facilitan la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura organizativa y permitiendo al resto de los profesionales hacer un espacio a la recién llegada. Contribuyen a mantener los climas laborales sanos.
- ### c) Estrategias de autocuidado a nivel formativo
- Junto con el aprendizaje de modelos teóricos, debería enfatizarse el desarrollo de habilidades prácticas, destrezas instrumentales y habilidades interpersonales en relación a las tareas a desempeñar.
 - Deberían también incluirse los temas de desgaste profesional y autocuidado como obligatorio en las profesiones de ayuda.

CONCLUSION

Las tareas que realizan las profesionales del Trabajo Social Sanitario, y sobre todo, las condiciones en las que han de ejercerlas, pueden llevarlas a padecer el Síndrome de quemarse por el trabajo. Por tanto, hemos de reconocernos como profesionales en riesgo y actuar en consecuencia para prevenirlo. Si bien a nivel individual i grupal podemos tomar medidas de autocuidado, son las organizaciones para las que trabajamos las responsables de mejorar las condiciones de trabajo y favorecer el bienestar físico y mental de las Trabajadoras Sociales.

No obstante, las medidas laborales y antisociales que se quiere imponer desde el gobierno no ayudaran en nada a crear estas condiciones de mejora.

BIBLIOGRAFIA

- ARON, A.M. (2004): "Desgaste profesional (Burnout), autocuidado y cuidado de los equipos que trabajan en temáticas de violencia". Revista Perspectivas Sistémicas, Año 16 n° 84. Buenos Aires, Argentina.
- BARRANCO NAVARRO, J y MARTÍN GARCÍA, M (2002): "Equipos de trabajo y reuniones eficaces" (119-145). En: "Servicios Sociales: dirección, gestión y planificación". Fernández García, T y Ares Parra, A. Madrid. Alianza Editorial.
- CANET BENAVENT, E y GARCIA CUENCA, E (1999): "Intervención profesional en víctimas de violencia de género: una perspectiva interdisciplinar". Trabajo Social Hoy n° 23 (75-92). Madrid. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social.
- CANET BENAVENT, E y GARCIA CUENCA, E (2006): "El síndrome de Burnout en profesionales que trabajan en violencia de género". Servicios Sociales y Política Social n° 75 (89-101). Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.
- DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C (2003): "Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias" Trastornos adictivos n° 5 (107-113).
- GIL-MONTE, P. y PEIRÓ, J.M. (1999): "Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo." Revista Anales de psicología vol. 15, n° 2 (261-268). Universidad de Murcia.
- GIL-MONTE, P (2003): "El Síndrome de quemarse por el Trabajo en profesionales de enfermería" Revista electrónica InterAção Psy. Año 1, n° 1 (19-33).
- GUILLEN GESTOSO, C y MUÑOZ COLERA, A (2002). "Estrés laboral" (185-212) En: "Servicios Sociales: dirección, gestión

y planificación". Fernández García, T y Ares Parra, A. Madrid. Alianza Editorial.

SERVICIO CANARIO DE SALUD. Servicio de Atención Primaria de Planificación y Evaluación (2004): "Rol Profesional de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud". Documento Marco.

LA ESPECIFICIDAD DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA PSICOGERIÁTRICA EN SALUD MENTAL

ESTHER ALBESA JOVÉ

TRABAJADORA SOCIAL. UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA PSICOGERIÁTRICA, LEVANTE 3. CENTROS ASISTENCIALES DR. EMILI MIRÁ. INSTITUTO NEUROPSIQUIATRÍA Y ADICCIONES. CONSORCIO MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA.

25285@parcdesalutmar.cat

RESUMEN

Esta presentación tiene como objetivo dar a conocer la intervención social en una Unidad de Larga y Media Estancia Psicogeriatrica en salud mental como resultado de varios años de práctica en la intervención social.

El presente trabajo es un esfuerzo por sistematizar y diferenciar la intervención social como especificidad dentro del trabajo interdisciplinario en las unidades sanitarias de atención a las personas mayores que padecen un trastorno mental severo de larga evolución.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Enfermedad mental, Trastorno Mental Severo (TMS), Trastorno psicótico, Larga y Media Estancia Psiquiátrica, Larga y Media Estancia Psicogeriatrica, discapacidad, enfermo mental crónico.

ABSTRACT

The paper's main goal is to show the social intervention in an Unit of long and middle term Psycho-geriatric Stay as a result of year-long practice and social intervention.

This paper tries to systemize and differentiate the social intervention as a specification within the multidisciplinary task in the health units of assistance for the elderly who suffer from a severe long-time mental disorder.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de intervención del Trabajo Social resultan imprescindibles la revisión, clarificación y el contraste continuado entre teoría y práctica con el fin de llegar a un nivel óptimo de coherencia y calidad en la intervención según las necesidades y problemáticas de las personas atendidas¹.

La atención especializada psiquiátrica y de salud mental en Cataluña está integrada por tres niveles básicos de atención, que van desde la atención en los centros sanitarios de salud mental comunitarios, la atención psiquiátrica hospitalaria y de salud mental y la rehabilitación psiquiátrica comunitaria². Estos niveles de intervención se encuentran a su vez cubiertos por un amplio y variado conjunto de servicios especializados.

La presente exposición sobre la intervención social, se sitúa en la atención psiquiátrica hospitalaria y de salud mental en la Unidad de Larga Estancia Psicogeriatrica, Levante 3, dentro del Programa de Rehabilitación Psicosocial de los Centros Asistenciales Dr. Emili Mirá (CAEM), del Instituto de Neuropsiquiatría i Adicciones (INAD) perteneciente al Consorcio Mar Parc de Salut de Barcelona.

1. Modelo de atención según el Pla Director de salut Mental i Addiccions de Catalunya (2006). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona. Pag.22.

2. Pla Director de salut Mental i Addiccions de Catalunya (2006). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona.