

## 5. Trabajo social sanitario en enfermedades con gran afectación en lo social y psicosocial

### SANITARY SOCIAL WORK IN DISEASES WITH GREAT AFFECTATION IN THE SOCIAL AND PSYCHOSOCIAL

Lidia Castillo Salas

Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Granada

#### RESUMEN

Los determinantes sociales juegan un papel fundamental en el proceso de la salud y la enfermedad, siendo factores que afectan el ejercicio del derecho a la salud de todas las personas. Todos los estudios sociológicos coinciden en la existencia de la problemática social de la enfermedad, en la que no solo influyen factores biológicos e individuales, si no que plantea su influencia en torno a la organización social, política, económica y cultural de una sociedad. Por ello, abordar la salud individual y colectiva requiere un enfoque multidisciplinar, cuya intervención social es asumida por el trabajo social sanitario, especialmente cuando se trata de enfermedades con gran afectación en lo social y psicosocial, tales como la enfermedad del Covid-19 o las enfermedades mentales. En este trabajo se desarrollan cuáles son sus consecuencias en la calidad de vida del enfermo, así como distintas formas de promoción de la salud.

**Palabras clave:** Determinantes sociales, derecho a la salud, problemática social, trabajo social sanitario, intervención social, enfermedad.

#### ABSTRACT

*Social determinants play a fundamental role in the processes of health and illness, being factors which affect the ability of all people to exercise their right to health. All sociological studies concur that illness is a social problem which is not merely limited to biological and individual factor, and as such, the influence of the social, political, economic, and cultural organisation of a society must also be considered. For this reason, addressing individual and collective health requires a multidisciplinary focus, in which social intervention is assumed by the social healthcare worker, especially when dealing with Covid-19 or mental illnesses. The consequences of this for the quality of life of the patient is the principal focus of this thesis,*

*along with the different ways in which health may be promoted.*

**Keywords:** Social determinants, right to health, social problem, social healthcare worker, social intervention, illness.

#### CONCEPTO DE SALUD. DETERMINANTES SOCIALES Y PSICOSOCIALES

En el preámbulo de su constitución, la Organización Mundial de la Salud (1946) define la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, que va más allá de la mera ausencia de enfermedad. A partir de 1978, se incorpora a la definición la posibilidad de que todas las personas aprovechen y desarrollen todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual, tratándose de una definición más dinámica, positiva y adecuada a la realidad social, de acuerdo a Sánchez, Sotomayor, Aquino, Rodríguez, Gil y Gualda (2011, pp. 11-12). De esta manera, la existencia de diferentes determinantes de la salud y permite abordar aquellos aspectos sociales que influyen en la misma.

La salud engloba elementos subjetivos (bienestar físico, psicológico y social), elementos objetivos (funcionalidad) y elementos sociales (adaptabilidad y realización de un trabajo productivo). En este sentido, la salud podría entenderse como un medio favorable para alcanzar las necesidades diarias de la vida y un concepto constructivo que destaca los recursos sociales y personales de las personas, así como la capacidad física.

La Carta de Ottawa constituye la salud como un derecho y para su cumplimiento señala los siguientes prerequisites: la paz, los recursos económicos y alimentarios, la vivienda y la estabilidad y la sostenibilidad del ecosistema. La definición de estos prerequisites de la salud está vinculados a las condiciones individuales, el medio físico y el estilo de vida (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

A continuación, se exponen algunos determinantes sociales que influyen en la salud de la población de acuerdo a la enumeración de Plaza (2021, 9-10).

- La edad forma parte de un proceso de envejecimiento que, directa o indirectamente, determinan la salud, ya sea por la limitación para realizar actividades básicas de la vida diaria, la aparición de enfermedades o acontecimientos importantes, tales como la jubilación.
- El género afecta de manera desigual a la salud de hombres y mujeres, teniendo mayor repercusión en las mujeres. El género femenino se ve expuesto a diferencias de carácter social, cultural, económico y político, en relación a los roles de género y la distribución desigual de recursos de poder (Walsh, Sorensen y Leonar, 1995). Las desigualdades socioeconómicas, la sobrecarga de tareas domésticas, la reproducción y la violencia machista, afectan negativamente a la calidad de vida de las mujeres.

- La clase social es un factor que delimita la posición socioeconómica y el lugar que ocupa una persona en la sociedad. La clase social afecta a toda la población, pero sobre todo a quienes pertenecen a clases sociales más bajas, en relación al nivel de ingresos y educación, afectando negativamente a la salud de las personas que se encuentran en una posición socioeconómica más baja.
- La etnia abarca características culturales que originan discriminación entre la población. En España, la etnia gitana sufre mayor riesgo de exclusión y discriminación social a nivel personal e institucional, que influye negativamente en la salud y el bienestar de las personas.
- El área geográfica es el medio donde se desarrolla la vida de las personas e influye directamente sobre su salud. En los núcleos urbanos donde se reúne la mayor pobreza debido a una peor provisión de recursos y servicios, entre otras condiciones sociales, económicas, culturales e históricas, asociadas con un peor estado de salud.

La *Comisión de Determinantes Sociales* (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió los determinantes sociales de la salud como las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, comprendiendo el conjunto de fuerzas y situaciones que influyen sobre la vida diaria de las personas.

La OMS establece un *Modelo de Determinantes Sociales* que disponía dos grandes bloques de determinantes. Por un lado, los estructurales y sociales y, por otro, los intermedios y personales. El primero se refiere a las condiciones socioeconómicas de los individuos, en relación a la posición sociales dentro de las jerarquías de poder, tratándose de una jerarquía causal de la salud. Los segundos, son determinantes intermedios relacionados al grado de exposición a condiciones dañinas para la salud. Este último, engloba como factores determinantes las circunstancias materiales, factores psicosociales, factores conductuales y biológicos, la cohesión social y los sistemas de salud (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Lalonde y Laframboise (1974) propusieron como factores condicionantes de la salud cuatro grandes dimensiones denominados "*campos de la salud*" que son la biología humana, el medio ambiente, los estilos y hábitos de vida, y, la organización de los sistemas de salud.

Los determinantes sociales de la salud son el resultado de un conjunto de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas, que a su vez confluyen con una serie de factores biológicos, hereditarios, ambientales, alimentarios, personales, familiares, económicos, laborales, educativos, sanitarios y religiosos. Los últimos, son factores externos que influyen en la salud de las personas, al margen del servicio de salud que se disponga y, además, pueden obstaculizar la ejecución del derecho a la salud.

La conducta del individuo, sus creencias, valores, percepciones y control sobre sus propias circunstancias, determinan sus preferencias y estilo de vida, las cuales se vinculan a problemas de salud tales como el tabaquismo, el alcoholismo o la violencia. Sus preferencias y estilo de vida están, a su vez, influenciadas por los contextos sociales que las delimitan:

El nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información.

Los factores comunitarios y las redes de soporte social influyen las preferencias a través de la cohesión, la confianza social, la presión de grupo o la inmunidad de masa. Las relaciones sociales siguen patrones de segregación social que se definen en la esfera de la vivienda, el empleo y la educación, y proporcionan seguridad a los individuos a nivel físico, mental y social.

En este sentido, la lucha contra la pobreza, la promoción del crecimiento económico, las estrategias redistributivas y el fomento de la igualdad de oportunidades producen efectos favorables en la salud de los grupos sociales que pertenecen a una comunidad, ya que condicionan la generación de empleo, la seguridad social, el acceso a la vivienda, y la cobertura universal. De todos ellos, cabe destacar las desigualdades sanitarias existentes a nivel mundial y nacional, debido a una distribución desigual de la riqueza que se expresa en la falta de salud de los más pobres. Se trata de determinantes estructurales y causales, así como condiciones de vida de los individuos y de los grupos sociales en los que se integran, que constituyen los determinantes sociales de la salud.

## PROCESO SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES

La Sociología ha investigado la problemática social de las enfermedades y ha teorizado la incidencia social de la misma. Durkheim (2000) estudió los casos de suicidio y el proceso social de las enfermedades en Europa. En la misma época, Engels desarrolló un estudio correlacional sobre el impacto del capitalismo en la clase obrera y los factores de riesgo asociados a la salud de la sociedad inglesa. Sus estudios concluyeron la relación directa del desarrollo de enfermedades con la precariedad y la pobreza, así como la distribución desigual de la riqueza y la dificultad en el acceso bienes y servicios, incidiendo en la desigualdad social de ese momento.

La Sociología ha estudiado el proceso de salud y enfermedad en la sociedad desde distintos prismas teóricos. Entre los más representativos encontramos el análisis funcionalista, el interaccionismo simbólico, las teorías feministas y el análisis social de Foucault. Todos ellos coinciden en la existencia del problema social de la enfermedad, que ha sido el objeto de estudio.

Parsons (1988) ofrece una definición de salud y enfermedad de manera muy vinculada al entorno social, entendiendo la salud como un mecanismo social que redirige a los enfermos para que vuelvan a retomar su actividad funcional. De esta manera, la enfermedad se considera una disfunción social, ya que influye en el buen desarrollo de los objetivos de la sociedad.

Parsons, en su obra *El Sistema Social*, recoge una serie de características y normas sociales que especifican la forma en la que debe actuar el enfermo y el paciente en la sociedad, a tener en cuenta tanto por ellos como por su entorno (Bleda, 2006). Esta manera de entender el Sistema Social constituye la confluencia de factores biológicos, sociales y culturales.

La teoría funcionalista de Parsons investigó la posición de las personas enfermas dentro de la sociedad y cómo perpetúa el sistema social y la cohesión de sus miembros.

El interaccionismo simbólico destaca la figura del médico como medio de control de la conducta social de las personas enfermas (Bleda, 2006). Considera que las personas, como seres sociales, crean su identidad por la relación a los otros y para llegar a construirla es necesario controlar las interacciones con los profesionales de la salud y otros pacientes, así como las impresiones que tienen de nosotros mismos. Esta relación médico-paciente es construida de manera subjetiva por las experiencias concretas del paciente, entendiendo que la enfermedad es resultado de la confluencia social entre actores y no una disfunción fisiológica. La salud y la enfermedad son construcciones humanas, percibidas de manera subjetiva por toda la población y los profesionales de la salud. Ha sido de interés de las ciencias sociales el estudio de las personas en contexto de enfermedad y las construcciones sociales en aplicación de la medicina como ciencia (Bleda, 2006).

En cuanto a las teorías feministas han interpretado la desigualdad de género en relación con la construcción de la subordinación de la mujer. La medicina ha analizado el cuerpo, en relación al ámbito de la salud y la enfermedad, como medio en el que se convoca la mayor influencia social que recibe el individuo. Además, han estudiado la sexualidad, la reproducción biológica y la importancia que tienen en la sociedad. En este sentido, la medicina se ha ejercido de manera patriarcal, desarrollando el control sobre estos aspectos en la mujer. Entre sus principales contribuciones son el estudio sociológico de los determinantes sociales, la respuesta social frente a la enfermedad y la forma en la que es percibida y conceptualizada (Bleda, 2006).

Foucault, por su parte, manifestó la exigencia social de la medicina para regularizar el cuerpo, como medio de disciplina y control social. De esta manera, la religión habría sido sustituida por el ejercicio físico y las dietas alimenticias como nuevas formas de regulación social de los cuerpos. El análisis de la medicina y el cuerpo está relacionado con cambios históricos, cuya influencia se intensificó con los cambios de la sociedad occidental, relacionados a una curación clínica, pero también, a un proceso de control social (Bleda, 2006).

Todas las teorías sociales coinciden con que el estudio de la enfermedad evidencia su constitución como problema social en cada uno de los contextos históricos de la humanidad. La problemática social plantea su influencia en relación al ámbito cultural, socioeconómico y político, así como la clase social, género, raza, ética y ubicación geográfica. Todos estos factores se configuran envolviendo a otros que son determinantes en la salud como los estilos de vida, el entorno ambiental y los recursos económicos. En consecuencia, la enfermedad no solo debe entenderse por factores de riesgo individuales, sino que está estrechamente relacionada con factores sociales que confluyen en el ámbito de organización social. Por tanto, la enfermedad como un problema social es resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales, económicos, políticos y de sistemas de salud.

## ENFERMEDADES CON GRAN AFECTACIÓN EN LO SOCIAL Y PSICOSOCIAL

El hecho de vivir con una enfermedad influye en todos los aspectos de la vida de una persona y produce importantes cambios que se reflejan en las actividades diarias y la cotidianidad, tanto consigo mismo como con el resto de personas de su entorno, que se refleja en la salud y el bienestar de las personas.

La percepción de los síntomas que presenta la enfermedad influye positivamente en la consecución del adecuado tratamiento, de la concienciación y el conocimiento de la enfermedad. Sin embargo, en dicha percepción concluyen complejos factores individuales de la persona, de la enfermedad, de la propia salud y el medio que le rodea, acompañado de la existencia de negación de la carga emocional hacia la enfermedad.

## COVID-19

La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha tenido consecuencias directas sobre la salud de la población mundial y elabora a población en general. Gómez (2021) señala de qué manera determinados grupos sociales se han visto especialmente afectados, ya sea por condicionantes físicos o psicológicos, entre ellos los enfermos de COVID-19, las personas mayores, enfermos mentales, los trabajadores sanitarios y aquellas personas más vulnerables.

La pandemia ha supuesto un desafío para los sanitarios especializados en salud mental, que han debido responder de manera inmediata a un incremento de necesidades en la salud de los individuos y la sociedad, promoviendo la actividad física, la salud física y mental. La COVID-19 ha desarrollado respuestas conductuales y psicológicas negativas, así como trastornos de salud mental, que deben abordarse a corto plazo para evitar la evolución de los mismos y minimizar el riesgo de desarrollar otros problemas de salud a largo plazo, que se intensifica en personas con demencias o con graves trastornos de salud mental. Sin olvidar la atención a las necesidades especiales relacionadas a los colectivos.

En respuesta a la angustia que experimentó la sociedad en la etapa inicial, encontramos distintas alteraciones conductuales y psicológicas expresadas en la sociedad a través del insomnio, la indignación, la preocupación por la salud propia y de los demás. El estrés, ansiedad y depresión han variado de intensidad, alcanzado niveles severos, los cuales, suelen venir acompañados de desastres humanitarios a gran magnitud, ya sea por estrés postraumático, trastornos por uso de sustancias, u otros comportamentales, de violencia doméstica y abuso infantil.

Los retos de los sanitarios respecto a los tratamientos se han incrementado a causa de la falta de recursos, a pesar de haberse considerado servicios esenciales durante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19. La falta de recursos y de medidas de seguridad de los sanitarios y el resto de la población provocó un aumento de pacientes afectados, no solo por COVID-19, si no por numerosas afecciones relacionadas con la soledad y otros problemas

de salud mental. La detección y el apoyo psicológico individualizado ha jugado un papel esencial en la recuperación de la normalidad.

En el transcurso de la pandemia, cada vez se han dispuesto de más medidas de protección y de tratamientos presenciales en pacientes que precisen del contacto directo, en cuyo caso, la función esencial del fisioterapeuta ha sido muy importante. La una atención individualizada ha perseguido el objetivo de mejorar la salud de los individuos, detectar sus necesidades y ofrecer consejos a través de entornos virtuales, como medidas encaminadas al bienestar mental y físico de la población.

Por otra parte, el personal sanitario ha ejercido una respuesta crucial para la resolución de la emergencia ocasionada por la pandemia. Sin embargo, su desarrollo se ha visto afectado por las consecuencias psicológicas de los profesionales y su capacidad para abordarla. El incremento de la carga de trabajo, la exposición a la transmisión del virus por falta de protección y el agotamiento debido a la falta de personal, unido a las decisiones éticamente cuestionables de la administración de la atención sanitaria, los ha vuelto más vulnerables ante los efectos psicológicos negativos relacionados a problemas de salud mental. Se detectaron en los trabajadores sanitarios síntomas de ansiedad, depresión y problemas generales de salud que manifestaba la somatización y efectos de salud mental.

Se ha estudiado el síndrome respiratorio agudo grave en trabajadores sanitarios expuestos al COVID-19, cuyos efectos en el tiempo se han visto relacionados a fuertes reacciones de agotamiento emocional incluso dos años después de la infección. Así mismo, los trabajadores sanitarios sufren mayor riesgo a un efecto psicológico negativo, especialmente cuando hablamos de trabajadores de atención primaria y urgencias sanitarias, que han tenido que lidiar con el estigma y la culpabilización de transmitir la enfermedad y, en consecuencia, el aislamiento social y la depresión que acarrea.

Se ha tratado de promover la resiliencia en la salud mental a través del apoyo psicosocial, orientación especializada e intervención en crisis psicológicas. En el caso de los trabajadores sanitarios, la Organización Mundial de la Salud elabora un documento en marzo de 2020, en el que establece puntos concretos encaminados a su cuidado, destinándose cursos en línea para adquirir las competencias necesarias para el abordaje de la pandemia.

No obstante, los pacientes con COVID-19 pueden presentar síntomas ya existentes con anterioridad al contagio, incrementados a causa del estrés de tener la enfermedad. El impacto psicológico juega un papel importante y aun encontrándose clínicamente estables pueden presentar estrés postraumático, presentando mayor ansiedad al resto de la población general y un mayor incremento en aquellos que ya presentaban alguna enfermedad preexistente. Además de las secuelas físicas, cognitivas y psíquicas, el estrés en pacientes y profesionales sanitarios se ha asociado al impacto en la salud, por lo tanto, es importante la planificación del tratamiento, que favorezcan la calidad de vida después de superar la enfermedad. Como consecuencia de una prolon-

gada permanencia en UCI, los profesionales deben estar atentos y detectar los problemas asociados a la enfermedad y prestar el apoyo psicosocial necesario.

En las residencias y centros de mayores se ha producido una alta transmisibilidad del virus, y los casos positivos y muertes por COVID-19 se incrementado exponencialmente en todos los países.

El aislamiento social sufrido las personas mayores ha variado según el tipo de residencia, tratándose de un determinante que ha incidido en el propio control de su vida diaria. Así mismo, se detectan diferencia entre residencias; algunas permiten a los residentes salir al exterior y otras, admiten residentes con trastornos psiquiátricos o tienen unidades específicas. No obstante, en las residencias se observa el aumento del aislamiento y la soledad en personas mayores y, aunque evita la transmisión del virus, las restricciones de visitas de familiares han afectado directamente en el deterioro cognitivo y demencia. El miedo y la soledad provocan tristeza, lo cual es necesario abordar para evitar problemas crónicos, así como establecer estrategias que promuevan el bienestar emocional, psicológico y social de los adultos mayores.

Los residentes que superan la enfermedad en ocasiones presentar secuelas que precisan de apoyo social y sanitario. Afrontarlas supone un reto para los profesionales, así como afrontar la excesiva carga de trabajo, la presión social y el contacto con la muerte. Todo ello supone un efecto negativo en la salud mental tanto para los residentes como para los profesionales de la salud, debido al estrés postraumático que arrastra una serie de vivencias.

La Organización Mundial de la Salud advierte que los servicios de salud mental se han visto gravemente afectados, incluso paralizados, en casi todos los países. Preocupa la falta de atención por abandono de los servicios, pero, también, los riesgos asociados a la pandemia a causa del miedo, el confinamiento o la falta de recursos, que incrementan sustancialmente los trastornos mentales, así como el consumo de alcohol, drogas e insomnio. Es necesario prestar atención a los grupos de riesgo en estas y otras áreas, que precisen una intervención más individualizada.

Las personas con demencia precisan del apoyo de otras personas y en ocasiones, ven mermada la posibilidad de acceso a la información. La cuarentena y resto de procedimientos de protección, como el distanciamiento social, han favorecido el aislamiento y, en consecuencia, el sentimiento de soledad y abandono de personas con demencia, vivan en residencias o en sus domicilios.

Para minimizar este impacto es necesario contar con un equipo multidisciplinar que informe adecuadamente a las personas con demencia y a sus cuidadores para proteger tanto su salud física como mental y promover las relaciones sociales. Actualmente, las redes sociales y las tecnologías aminoran el distanciamiento social con el uso de Internet y móviles al alcance de toda la población y permiten ofrecer un asesoramiento e intervención en línea cuando el contacto físico no es estrictamente necesario.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

Toledano destaca en su tesis doctoral (2018) el impacto de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la cual supone en la actualidad una de las metas más importantes para todos los sistemas de salud del mundo debido al aumento de la esperanza de vida, su aportación a la morbilidad general, su incidencia en cada vez edades más tempranas, el cambio en el estilo de vida, su causalidad con la aparición de incapacidad prematura, su alta complejidad y el gasto público que aplica su tratamiento (Córdoba et al., 2008), junto a la aparición del virus Covid-19 y su alta incidencia de contagiosidad y mortandad (Toledano, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) indica que las enfermedades crónico degenerativas ascienden y es causa de 35 millones de muertes al año, siendo la causa principal de mortalidad mundialmente, destacando la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, enfermedad renal y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (2016) estimó que la diabetes supone la séptima causa de mortalidad, la cual se posicionó en la novena en el 2019. De acuerdo con la OMS, la *Organización Panamericana para la Salud* (OPS) y el *Sistema de Datos Renales de Estados Unidos* (USRDS) en 2014, estiman que el diez por ciento de la población padece enfermedad renal crónica. En cuanto la obesidad, su prevalencia se ha triplicado en el 2016 (OMS, 2021), presentando más de 1900 millones de personas mayores de dieciocho años con sobrepeso, lo cual representa el trece por ciento de la población adulta mundial.

La *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT) señala que aquellas enfermedades crónicas no transmisibles tales como las enfermedades de corazón, tumores malignos y diabetes ocupan el segundo lugar de causas de mortalidad (Shamah et al. 2020). Las mismas ocuparon el primer lugar de causas de muertes en México, ocurridas entre enero y agosto de 2020, según el *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (INEGI, 2020). Las enfermedades renales crónicas se han manifestado más olvidadas, no obstante, representan un gran impacto en la salud pública en México y a nivel mundial (ISNO, 2020). Presentan una incidencia de 467 casos por cada millón de habitantes, una prevalencia de 12,2 por ciento y 51,4 muertes por cada 100 mil habitantes (Cortés, 2017).

Se considera que 7 de cada 10 mexicanos sufre obesidad y desarrolla los determinantes que propician la aparición de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Maldonado et al., 2013). La prevalencia de padecer diabetes aumenta con la edad, siendo los adultos mayores de 60 años quienes representan la población más vulnerable a padecer este tipo de enfermedades según el Instituto Nacional de Salud Pública (2020). De esta manera, la diabetes ha llegado a plantear uno de los problemas de salud más importantes que afectan a la población de México.

La Federación Internacional de Diabetes prevé que en el año 2025, la población afectada por diabetes habrá ascendido a nueve millones de personas. Igualmente, ENSANUT señala que el 14,4% de los adultos mayores de 20 años presentan la enfermedad y desde el año 2000, la enfermedad

representa la primera y la segunda causa de muerte en mujeres y hombres, respectivamente. También, incide en el desarrollo de otros problemas de salud como incapacidad prematura, ceguera y amputaciones, siendo una de las enfermedades con mayor impacto en el sistema de salud (Shamah et al. 2020).

Esto supone una gran carga social desde el punto de vista económico, así como de dependencia e incapacidad, donde planteamiento debe ser el fomento de vida saludable desde la significado e interpretación del medio que rodea a los enfermos. Desde el punto de vista epidemiológico la mayoría de personas desarrollará alguna incapacidad o enfermedad crónica y posible fallecimiento en relación a la misma. Recibir un diagnóstico sobre la enfermedad crónica cambia radicalmente la percepción de la misma y en su cotidianidad, cuya flexión en función a múltiples aspectos psicosociales como las creencias, patrones de funcionalidad, estilos de afrontamiento, redes de apoyo, entre otros, reorganiza las prioridades y orienta hacia la significación de la enfermedad crónica como experiencia humana (OMS, 2017).

La cuestión psicosocial se presenta de manera muy acentuada en las enfermedades crónicas, así como la vulnerabilidad y la adaptación a la enfermedad pueden incidir de manera negativa la progresión de la enfermedad y, por lo tanto, mejorar el ajuste a la misma del paciente, el cuidador o cuidador familiar y los cuidadores profesionales (Grau, 2016).

La percepción de la enfermedad crónica está relacionada a las creencias sobre la enfermedad, que a su vez están construidas desde la información previa que se posee de la misma, de experiencias relevantes en el desarrollo de la enfermedad y las reacciones emocionales relacionadas a las mismas. Por ello, adquirir comportamientos saludables requiere de la experiencia en realizar dichas conductas programadas, percibir resultados positivos en personas cercanas, que argumenten positivamente las necesidades y beneficios obtenidos por cambios conductuales, o ver estimulado ese cambio por la experimentación de ansiedad reflejado por la amenaza de la propia salud (Rojas, Leiva; 2015).

De acuerdo con Roca (1998), el apoyo social está compuesto por los recursos sociales disponibles en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales, a los factores determinantes de la salud y bienestar del ser humano, la moderación de los impactos negativos y factores protectores y promotores de la salud, que mejora la manera de afrontar la enfermedad, crisis o vulnerabilidad social.

La manera en la que se afronta la enfermedad y las técnicas utilizadas para este fin, son de gran influencia para determinar el origen, la adaptación y el cambio conductual que el desarrollo de la enfermedad crónica. Los estilos de afrontamiento definen como:

*"Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"* (Lazarus & Folkman, 1986).

Tratan de interceder en los efectos negativos, mientras se ejecuta una estrategia que favorezca el desarrollo positivo que reduzca el estrés y resuelva el problema, manteniendo el equilibrio psicológico (Grau, 2016) (Rojas & Leiva, 2015). Por todo lo anteriormente descrito, es determinante establecer los factores psicosociales y estrategias de afrontamiento de los enfermos crónicos.

La percepción de la enfermedad crónica influye en el día a día de la persona ya que esta padece la enfermedad durante toda su vida. por lo que es preciso controlar los factores causantes como el estilo de vida y el estrés. Según Fagalde (2005), los factores que más influyen en las enfermedades crónico-degenerativas y la evolución de las mismas, son el estilo de vida, dietas inadecuadas, estrés laboral o consumo de alcohol u otras sustancias. Sosa Barragan (2018) destaca la influencia del estilo de vida sobre la salud de las personas y reconoce la construcción de la misma en confluencia de distintos factores, sociales, psicológicos, emocionales, entre otros, con el objetivo de alcanzar una amplia visión de aquellos factores que determinan la salud.

Los factores que han demostrado ser más favorecedores para la salud son el apoyo afectivo y la ayuda material. El primero, son las expresiones de amor y cariño útiles para afrontar el padecimiento de la enfermedad y, el segundo, supone la ayuda material necesaria para subsanar la imposibilidad de realizar tareas de limpieza, higiénicas, acompañamiento, entre otras tareas, por sí mismo. Igualmente, las buenas relaciones sociales relacionadas con el entretenimiento, fueron evaluadas con un alto nivel de calidad, percibiéndose como un factor de protección para el colectivo.

En base a estos resultados de la población guanajuatense, los apoyos sociales representan un factor importante que aporta estabilidad y control a la vida de las personas y, en consecuencia, perciben su entorno de manera más positiva. Esto a su vez, promueve el cuidado sí mismo y favorece que se sigan configurando sus relaciones de manera más positiva para afrontar el estrés (Barra, 2004).

Este estudio constata que el apoyo social se percibe como una estrategia de afrontamiento con una de las puntuaciones más altas, lo cual reafirma la teoría de que el apoyo social actúa como un amortiguador o efecto buffer para aquellas condiciones en su entorno que pueden desencadenar el estrés en la cotidianidad de la vida del paciente (Rodríguez, Enrique; 2007).

Lazarous y Folkman (1986), concluye que el apoyo social es un recurso que confronta las amenazas. De la misma manera, entiende que ayudaría a las personas a percibir los posibles riesgos de manera menos amenazante, así como a reevaluar los factores estresantes de manera más positiva. Para ello, las redes sociales se configuran como una red de herramientas y recursos emocionales.

Por el contrario, en base a este estudio, se pueden detectar aquellos factores negativos que se relacionen a escasos apoyos sociales, tan necesarios para crear la confianza que permita a los pacientes percibir mayor calidad y acompañamiento de sus emociones, así como comunicarse directamente y expresar sus propias preocupaciones en el proceso de su enfermedad crónica.

De esta información se deduce que en relación a esta técnica de afrontamiento de factores estresores existe mayor promedio en la resolución del problema, dicha estrategia se obtiene de encontrar el problema y la solución, evaluando los pros y contras, así como la viabilidad del resultado previsible para la persona (Macías et al., 2013). No obstante, se trata de una idea que tiende más a un deseo, lo cual, provocaría con el paso del tiempo, la inadecuación de la planificación diaria de la persona con una enfermedad crónica, así como su tratamiento. Esto sería causado por la falta de visibilidad de situaciones estresantes que se presentan y que otorgan una seguridad irreal sobre el abordaje del proceso de la enfermedad crónica.

El apoyo social se constituye como una manera favorable y adaptativa de hacer frente a los problemas a causa de la orientación que genera, mientras que los escasos apoyos inciden en que los problemas y factores estresantes sean percibidos de manera evitativa, lo cual puede ocasionar distrés emocional (Macías et al., 2013).

El apoyo social tiene una gran importancia sobre la afectación de la enfermedad crónica, en la salud y bienestar de las personas que la padecen. Las redes sociales que se configuran de manera estable, especialmente las más íntimas, como las relaciones con hijos, familiares, pareja y/o amigos influyen de manera significativa en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Se trata de herramientas que proporcionan sentimiento de apoyo y acompañamiento en el padecimiento de la misma, como estrategias que establecen una adaptación más favorable a la enfermedad, estabilidad, predictibilidad y control sobre la conducción de su enfermedad, ya que le permite identificar los condicionantes que interfieren en su salud y realizar cambios sobre los mismos.

Las estrategias de afrontamiento son imprescindibles para una adaptación favorable a aquellas circunstancias que implican el desequilibrio de la salud de las personas, como sucede con las enfermedades crónicas que, además, perdura a lo largo de toda la vida de la persona. El uso adecuado de estas estrategias dirige a la persona hacia el balance hacia su salud física y mental.

## ENFERMEDADES MENTALES

La enfermedad mental tiene consecuencias psicosociales que influyen en los pacientes. Esto supone un reto a la hora de afrontar, no solo la sintomatología propia de la enfermedad, sino en el área social afectada y que influye directamente en la vida de las personas enfermas. Entre ellos, se encuentra el estigma social, como principal dificultad que incide en su recuperación e integración en la comunidad.

La discriminación que sufren las personas con enfermedad mental es muy común en todo el mundo. Este rechazo proviene de familiares, amigos y compañeros, que suelen percibirlos como peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de trabajar, según el estudio de Mascayano, Lips, Mena y Manchego (2015).

En consecuencia, los pacientes psiquiátricos ven afectada la atención que reciben en España. Las personas con en-

fermedad mental, suelen esperar más de una década en recibir la ayuda que necesitan, con el estigma como principal barrera para acceder a los servicios que precisan de la atención oportuna. No obstante, cuando lo hacen encuentran pocos recursos disponibles, estructuras institucionales inadecuadas y personal poco cualificado (Kessler et al., 2007).

La discriminación que sufren afecta a cada una de las áreas de su vida, tales como el apoyo social debido a dificultad para establecer vínculos afectivos, el acceso al mundo laboral y a la vivienda, la vinculación escolar, entre otros riesgos para su adecuada integración social y rehabilitación de la enfermedad. En el área profesional de la salud, se detectan incluso más actitudes negativas que en la población general, que tienden a estigmatizar y estereotipar a este colectivo. Se deduce de ello, la necesidad de que los médicos, psicólogos y futuros profesionales de la salud estudien y se relacionen de forma adecuada con la enfermedad mental, ya que, repercute negativamente en la adecuada atención y prestación de servicios y recursos disponibles para este colectivo.

De la mano de dicha expresión de rechazo de la sociedad hacia este colectivo, encontramos la auto estigmatización que provoca que las personas con algún tipo de enfermedad mental tiendan a aislarse socialmente. En ocasiones, presentan sentimientos de culpabilidad y una baja autoestima que conlleva la represión de sus propios intereses y opiniones. Cabe destacar el estigma hacia paciente psiquiátrico como una marca simbólica cargada de estereotipos. Es una marca imaginaria que genera una etiqueta en el paciente, así como reacciones indeseables del resto de personas de su entorno.

Link (1989) manifiesta todas aquellas concepciones sobre personas con algún tipo de trastorno mental que se internalizan y se convierten en etiquetas para los pacientes psiquiátricos, su familia y aquellos con quienes mantiene relación. Dichas etiquetas son "*peligrosos*", "*débiles*" e "*inútiles*" y suscitan la discriminación (Corrigan, 2012). Suponen una marca impuesta por los demás y también, sobre sí mismos y se manifiestan en todas las esferas de su vida: A nivel comunitario, institucional y personal, ya que tanto la sociedad como el paciente psiquiátrico tiende a interiorizar estas actitudes hacia él y obstaculiza los posibles cuidados. De esta manera, los profesionales y servicios dirigidos a la salud mental no solo deben enfocarse en la farmacología, sino también en la reducción del estigma que sufren los pacientes, para tratar de evitar las consecuencias que tiene sobre su salud y que obstaculizan el acceso a la asistencia.

En relación al tratamiento integral de los pacientes psiquiátricos hacia la disminución del estigma y la discriminación, incluye la intervención multidisciplinar de profesionales de la salud mental, tales como el psiquiatra, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, quienes promueven la integración y rehabilitación de los pacientes. Este proceso hace imprescindible la colaboración de la familia y entorno cercano del paciente debido a los cambios que se han producido en cuanto a la desinstitucionalización y la atención de las enfermedades de salud mental. Actualmente, considerado un problema de salud pública por su alta incidencia en las comunidades de todo el mundo.

Para acabar con ello, es imprescindible la integración del paciente en la comunidad y promover la esfera psicosocial del paciente, lo cual favorece su recuperación. El estigma social se encuentra lejos de favorecer la integración, perpetúa la discriminación y empeora la salud de las personas con problemas de salud mental. Este fenómeno social está cargado de ideas que confieren una cognición negativa sobre los pacientes y sus familias, que a menudo experimentan sentimientos de exclusión y devaluación por parte del resto de personas, lo cual es difícil de cambiar.

Las consecuencias en su calidad de vida son muchas y afectan directamente a su proceso de rehabilitación. Además, muchas personas afectadas por algún tipo de enfermedad mental retrasan durante años el acceso al tratamiento, ya que se niegan a la asistencia y al uso de los recursos disponibles, así como, a la búsqueda necesaria de apoyo formal e informal. Las consecuencias se traducen en una disfunción de las distintas áreas de su vida. Para evitar las devastadoras consecuencias en la calidad de vida de los pacientes es muy importante establecer estrategias que reduzcan el estigma, introducir cursos informativos y educativos sobre los trastornos mentales que garanticen profesionales sanitarios mejor formados e introduzcan de manera directa en su intervención las experiencias sobre la discriminación que sufren las personas a causa de la enfermedad mental.

Entre las estrategias de intervención encontramos la Terapia Cognitiva Conductual y el empoderamiento, las cuales han resultado muy efectivas para favorecer la autoestima y el bienestar de los pacientes. Ambos programas tienen como objetivo fomentar la autoestima del paciente, la búsqueda de información, el fomento de grupos sociales con el mismo padecimiento y la adherencia al tratamiento.

En aplicación a los profesionales, el modelo de flexibilidad mental mejora el conocimiento sobre las enfermedades mentales y las conductas discriminatorias que concurren en torno al paciente y a la intervención. La flexibilidad mental, también debe ser aplicada al paciente para lograr la aceptación y el compromiso con la terapia, e identificar sus propios propósitos vitales para satisfacerlos y alcanzar una vida más satisfactoria, a la vez que abandonan la idea de controlar la sintomatología del trastorno mental.

Las principales estrategias desarrolladas por los distintos países alrededor de todo el mundo, son campañas comunicativas destinadas a erradicar el fenómeno social del estigma. Su enfoque ha tratado de dar a conocer los trastornos mentales, con la finalidad de generar cambios de actitud hacia quienes la padecen. No obstante, a pesar del esfuerzo, aún queda mucho por hacer y conocer al respecto por parte de toda la población y no es fácil erradicar el estigma, el cual está muy arraigado en la sociedad. Se requiere mayor participación socio comunitaria y la intervención gubernamental para llegar a ofrecer una mejor calidad de vida a las personas que sufren alguna enfermedad mental.

## ENFERMEDADES RARAS

Anualmente, se detectan alrededor de 250 nuevas enfermedades raras. En Europa, más de 27 millones de perso-

nas padecen una enfermedad rara y en el mundo, más de 300 millones de personas. Pese a que afecta a un número exponencial de la población, son consideradas raras porque este tipo de enfermedades en concreto no afecta a más de 5 habitantes por cada 10.003.

Aproximadamente 8.000 enfermedades son clasificadas como tal, de las cuales el 80% tienen relación genética, el otro 20% son de tipo autoinmune y tipos de cáncer poco habituales. Todas ellas comprometen gravemente las capacidades de la persona, ya que suelen ser crónicas y avanzan gradualmente con el paso del tiempo. Por ello, este tipo de enfermedades frecuentemente tiene un pronóstico grave para quien la padece. La morbilidad de aquellas enfermedades que afectan a los niños no alcanza los 5 años de edad y a menudo, por motivos genéticos, es más perjudicial para etnias concretas.

Las enfermedades raras son además llamadas "huérfanas" a causa de la poca o ausente investigación que se destina a las mismas por parte de la medicina y farmacéuticas, que se traduce en la inexistencia de métodos terapéuticos y de cura para la enfermedad. Esto hace que la enfermedad sea muy dura para los familiares, especialmente cuando se trata de niños, ya que intentan conseguir un diagnóstico que no llega a alcanzar a pesar del paso del tiempo, para encontrar la frustración de una cura inexistente para su padecimiento. En consecuencia, los colectivos afectados por una enfermedad rara sufren peores consecuencias a nivel psicológico, económico y social.

La falta de investigación se suma a la falta de esplendor científico y económico, que tienen relación directa al dilema moral que rodea a las enfermedades raras. La existencia de un número tan reducido de personas que padecen la enfermedad provoca la merma de inversión capital y humana, la cual supondría un coste difícil de asumir por la sociedad, ya que esta debería ser enorme y se traduciría en menor inversión en enfermedades comunes. Desde una visión utilitarista, podría contemplarse como poco ético, ya que la finalidad es optimizar los recursos para conseguir que el mayor número de personas vean mejorada su salud. En pocas palabras, investigar este tipo de enfermedades tendría escasa rentabilidad, tanto económica como sanitaria.

De esta manera, surge el dilema ético que atañe a una sociedad que no atiende de manera igualitaria a un número de enfermos que sufre el infortunio de padecer una enfermedad rara, la cual podría mejorar si se invirtiera en investigación. En este dilema ético encontramos, por una parte, el deber de igualar los derechos individuales y las mismas oportunidades de todas las personas y por otra parte, el deber de optimizar los recursos de una sociedad.

## **INTERVENCIÓN SOCIAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO**

Gijón y Colom (2016) enfatiza en la importancia de la definición de la Organización mundial de 1946, al señalar la dimensión social, que promovió la inclusión del modelo biopsicosocial de intervención sanitaria. Dicho modelo atiende las diversas aristas de la salud y apuesta por la multidisciplinariedad y transdisciplinariedad, aportando así las ciencias sociales en el ámbito sanitario.

La relación entre el Trabajo Social y la salud tiene su origen en la ciencia médica que toma fuerza con la incorporación del ámbito social al concepto de salud por parte de la OMS y de otras definiciones relacionadas, y no menos importantes, las aportaciones de áreas como servicios sociales o el tercer sector. Según Gijón y Colom (2016), la inclusión de lo social al concepto de salud impulsa una dimensión dual en la que encontramos, por un lado, la biológica y, por otro lado, la social e interpretativa.

Según Colom (2008), el trabajo social sanitario se compone de la dimensión sanitaria, enfocándose en el diagnóstico, tratamiento y cuidado personal, y la dimensión social, reconociendo las necesidades sociales de los pacientes y/o sus familias, realizando los diagnósticos sociales convenientes y atendiéndolos a través de un trabajo planificado.

En el ámbito de la salud, es fundamental reconocer las necesidades sociales de las personas, ya que muchas de ellas pueden deberse a problemas de salud o venir derivados de sus propias condiciones. Las características personales son determinadas debido a la propia individualidad de las personas, por lo que todas las necesidades son diferentes en cada paciente. Es importante identificarlas en el caso de cada paciente.

Las necesidades de la sociedad se basan en la integridad humana, la inclusión, la autonomía y la identidad, por lo que es fundamental identificar y comprender la situación y condición de cada individuo. Las necesidades sociales básicas están directamente relacionadas con la integridad de cada individuo (Bunge, 1999).

Los trabajadores sociales en el campo de la salud son profesionales de los equipos sociosanitarios que reconocen y estudian las necesidades, los déficits sociales y los impactos psicosociales que influyen en la salud de los pacientes. Se valen de los recursos y servicios especialmente diseñados para restaurar la salud de las personas que lo necesitan. El ámbito psicosocial de cada persona influye en el desarrollo de la salud y enfermedad, según las características de la enfermedad en cada paciente, así como su influencia de la misma sobre la psicología, el tratamiento, la reconstitución de la salud y sus efectos en cada persona.

La enfermedad se presenta de manera diferente en cada persona y, en ocasiones, a pesar de no corresponderse con la realidad, repercute en su impacto psicosocial. La enfermedad está asociada a impactos físicos, sociales y psicológicos, y es importante considerarlos en la evolución y restauración de la salud de las personas, así como el pronóstico de las personas enfermas. La influencia psicosocial puede influir de manera negativa en el estado de salud de las personas y causar una enfermedad. Entre ellos encontramos el estrés, la angustia, aislamiento social, baja autoestima, depresión, aislamiento, nerviosismo, problemas emocionales, dificultades laborales.

*"El trabajador social sanitario se apoya en multitud de variables de la persona y su entorno. Las variables cualitativas serían la actitud de la persona, apoyo de la familia, ansiedad, nerviosismo, agresividad, actitud pasiva, negación, predisposición a la nueva realidad y las variables cuantitativas se-*



*rían los ingresos anteriores, enfermedades crónicas, personas con las que convive, diagnóstico y pronóstico médico y necesidades posteriores de ayuda.” (Colom. D 2008 p.103)*

El ámbito de la salud es uno de los campos más antiguos y de mayor importancia para la intervención del trabajo social como profesión. Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), más de un tercio de las personas a nivel mundial, actualmente, se dedican profesionalmente al campo de la salud, mientras que casi la mitad de la población mundial realiza actividades que están directa o indirectamente vinculadas a la salud de la población (Castell-Florit Serrate, P. y Gispert Abreu, E. D. L. Á., 2009). Sin embargo, aún existe desconocimiento o incertidumbre sobre el papel de este profesional en la salud, especialmente en la atención primaria de salud. Los orígenes del trabajo social de la salud comienzan a principios del siglo XX, cuando se establece el primer servicio de trabajo social y de la salud, en 1905 en el Hospital General de Massachusetts.

Desde el mismo, junto a los servicios médicos y de diagnóstico a los pacientes, se les brindaba el servicio de información vinculada a su salud mental y antecedentes sociales. Richmond, M. (2005) menciona este hecho en su libro *Diagnóstico social*, que sentó las bases del trabajo social en el campo de la salud, no como algo accidental, sino como un largo proceso histórico que se inicia en el siglo XIX, cuando la medicina comienza a sensibilizarse sobre la realidad social que rodea a la población. Surge, además, la experiencia de los trabajadores sociales en las organizaciones sociales de beneficencia y se desarrolla el “*método técnico*”, considerado asistencia social desde 1902. Richmond argumenta que, tras el resultado obtenido en el tratamiento, algunos médicos buscaron trabajadores sociales para su consulta (Diplomados, C. O., 2007).

El Trabajo Social en Salud puede definirse como una disciplina científica y profesional, cuya intervención psicosocial trata de resolver los problemas relacionados con la salud de las personas. Según Cabot, R. C. (1909), la mayor contribución de trabajo social sanitario está estrechamente relacionado con una amplia perspectiva sobre los problemas que inciden en la salud, más que con aspectos metodológicos concretos. De esta forma, los servicios proporcionados por médicos y trabajadores sociales deben ser interdependientes, al igual que la naturaleza física y social de los usuarios. Esta interdependencia debe ser eficiente tanto en el tratamiento como en la búsqueda de las motivos y agentes que inciden en el desarrollo de la enfermedad.

Desde sus inicios, el trabajo Social Sanitario se ha caracterizado por el contacto personal que proporciona la asistencia directa, la comprensión y el apoyo emocional a las personas que atraviesan el curso de la enfermedad. Esta labor asistencial ayuda a transitar las cambiantes circunstancias personales y familiares que resultan de la enfermedad o muerte (Osler, W., 2013). Arrojo, K. L. (2012) afirma que la finalidad del trabajo social sanitario es identificar e intervenir en los componentes sociales que afectan el estado de salud de la población, iniciando procesos metodológicos destinados a promover la participación de los grupos usuarios en el desarrollo de las actividades de promoción, protección, conservación y restauración de la salud en función de las necesidades. Entre los beneficios que contribuyen a este

objetivo se encuentra la habilidad del trabajador social en el desarrollo de métodos profesionales en la investigación y ejecución de planes de intervención que promuevan la autonomía y el empoderamiento del usuario, que favorezca la necesidad de mejorar su salud y cambiar el autoconcepto de víctima hacia una perspectiva de sujetos de derecho.

Según Colom, M. D. (2008), para realizar un diagnóstico social en el campo de la salud, los trabajadores sociales se valen de un diagnóstico médico y, generalmente, de un pronóstico de la enfermedad. Las intervenciones del trabajo social contribuyen así al estudio de factores socioeconómicas y culturales que influyen en la etiología y el progreso de la enfermedad, así como su impacto social. Deberán encontrar, identificar, controlar o eliminar los factores que dificultan el logro de las metas de salud y el uso de los servicios, y los factores que contribuyen al logro de estas metas.

Los autores mencionados afirman que la actividad profesional de los trabajadores sociales se preocupa de comprender los problemas que afectan la salud de la población a través de la investigación y la implementando efectiva de las políticas sociales, así como la coordinación con los equipos interdisciplinarios, redes familiares y organizacionales. También, desarrollan la propuesta y formulación de estrategias dirigidas a favorecer la calidad de vida del individuo, la familia, las comunidades y la sociedad.

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia (2012) define al trabajador social sanitario como un profesional del equipo multidisciplinar que comprende los déficits y necesidades de la sociedad, que influyen en el desarrollo de salud y la enfermedad. También, reconoce las redes familiares y sociales, con el fin de encontrar los recursos disponibles, sirviéndose de labores de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoramiento social y gestión de recursos, para la restauración de la salud y la implicación individual, grupal y comunitaria en los establecimientos sanitarios.

Tellaeché (1992) entiende el trabajo sociosanitario como una actividad profesional encaminada a estudiar los factores psicosociales que influyen en el curso de la salud y la enfermedad, y a tratar los problemas psicosociales asociados a los estados de enfermedad, con sus factores causales o aquellos que son resultado de estos. La naturaleza clínica de dichos factores requiere, por un lado, el diagnóstico y tratamiento psicosocial del paciente en relación con el curso saludable de la enfermedad y por otro lado, la orientación tanto del paciente y su entorno, como del resto de miembros del equipo de salud, sobre los fines de salud y los recursos sociosanitarios adecuados.

La percepción de la salud está especialmente influenciada por la organización social del equipo de trabajo. A lo largo del tiempo, la biología y lo social han estado separadas, atendiendo a un modelo médico hegemónico, basado en la lógica positivista, la cual reduce la salud de las personas a la biología. Se ha pensado que la salud es sólo la ausencia de enfermedad y se ha desatendido la perspectiva de los derechos humanos

La Organización Mundial de la Salud en 1948, define la salud como el completo estado de bienestar biopsicosocial y destaca un modelo alternativo de medicina social, que comprende la salud y la enfermedad en relación continua con el estilo de vida, a partir de 1970. Surge así, la atención integral del servicio primario de salud propuesto por Alma Ata (1978), brindando atención sanitaria integrada con las disciplinas de las ciencias sociales.

La salud se considera un derecho y trata de ampliar su cobertura y participación social en los programas de salud en todos los países (Pato & Eugenia, 2016). En este sentido, Lafitte (2016) argumenta que el derecho a la salud es imprescindible para garantizar la trayectoria vital individual y grupal en la historia de la sociedad. Este enfoque nos permite pensar el derecho a la salud y conforma un pilar que nos posiciona en su progresiva expansión. Entonces, entendemos que la Atención Primaria de Salud, combinada con el concepto de derecho a la salud, aumenta la posibilidad de ejercer este derecho.

La atención primaria es parte del sistema integral de atención a la salud de un país, tratándose de su función central y el núcleo, así como del progreso económico y social, en general. Se trata del primer nivel de relación entre las personas y grupos de la comunidad con el sistema nacional de salud, ya que acerca la asistencia al lugar de residencia y de trabajo, donde se desarrolla la vida de las personas. De esta manera, constituye el primer elemento del proceso continuo de atención sanitaria de Almati (1978).

Pato y Eugenia (2016) destacan una serie de tareas que los trabajadores sociales desarrollan en el ámbito de la atención primaria de salud. Entre ellas, la investigación de los determinantes sociales de la salud y la intervención en las necesidades sociales que se presentan en el proceso de salud y enfermedad, tanto si surgen como reacción a las dificultades sociales, como si lo hacen de manera causal a la enfermedad.

Se trata de una actividad que atiende las necesidades de salud desde el punto de vista psicosocial y va más allá de la simple definición de los factores sociales (familia, entorno físico y social, economía, relaciones, actividades sociales), para obtener una visión que combina la interiorización de los sujetos de sus propias condiciones.

Todo ello, permite comprender los fenómenos que ocurren durante el proceso de salud y enfermedad, considerando los sentimientos, experiencias vitales, respuestas de los individuos y/o familias; interacciones e interrelaciones y el entorno en el que operan. Pese a la trayectoria disciplinar de esta profesión y la percepción que tenemos de la salud, existe bibliografía que sugiere la existencia de conceptos de gestión que ignoran el papel del trabajador social en la salud, obviando así los aspectos sociales que integra la atención de la salud.

Bertona (2018) ha hecho eco de esto, afirmando que incluso las intervenciones del trabajo social se colocan en un lugar secundario a la disciplina de la medicina, ya sea por diseñadores o por quienes implementan la política de salud, confiando únicamente tareas operativas e instrumentales, que le colocan en un lugar adicional en el desarrollo de la teoría

de la salud. Así mismo, explica la importancia del rol de los trabajadores sociales y los paradigmas en los que se constituye el sistema de salud.

Al respecto, Kisnerman (1998) argumenta que los trabajadores sociales, desde el inicio de la profesión, han desarrollado diferentes roles que se relacionan con aspectos sociopolíticos actuales. Debe entenderse que, según este autor, el rol se visualiza por la función que desempeña. Mientras que, el rol es el papel que ejerce de manera regular y sistemática, cumpliendo ese rol para lograr una carrera profesional.

La estructura de roles tiene factores simbólicos, como la importancia por parte de los demás, en cuanto a las expectativas conductuales derivadas de ese rol que se deben cumplir. Así como, las expectativas de la propia conducta mientras se ocupa un rol determinado.

Las expectativas vienen determinadas por la construcción histórica de la profesión. Dada su comprensión de los problemas y necesidades de los sujetos, estos han pedido a los trabajadores sociales su intervención en situaciones históricas y específicas. La imagen social que tienen los usuarios sobre que el Trabajo Social y de otras profesiones, le otorga posición asignada ya en la sociedad. Es decir, el trabajador social obtiene la posición en función del rol que desempeña (Kisnerman, 1998).

No se puede ignorar que, desde sus inicios, el rol del trabajo social ha estado relacionado con el ejercicio de control social, así como el rol asistencial. El ámbito de los trabajadores sociales se ha ocupado de las llamadas "*cuestiones sociales*"; definiendo gran parte de su especificidad en la mediación entre recursos y necesidades (Fossini, 2005).

Los efectos de intersección de la historia de las profesiones vinculan las disciplinas a campos particulares, relacionándose a la medicina con la salud y el trabajo social con los problemas sociales, como disciplinas que surgen en el campo de la intervención y, por tanto, de la profesión y del campo de la ciencia.

Otros elementos relevantes en las declaraciones sobre las funciones de los trabajadores sociales son las características caritativas de su práctica profesional. En ella se tiene en cuenta una clara distinción entre ética y voluntarismo o "*moral de sacrificial*", ya que supone un reconocimiento práctico y la posibilidad de que cualquier persona de buena voluntad pueda ocupar este cargo (Cazzaniga, 2006).

También, se aborda la circunscripción de representaciones en las funciones del trabajador social. Bertona (2018) reconoce "el barrio" como el campo de intervención de los profesionales, entendiendo este como un espacio privilegiado y en ocasiones, exclusivo para este fin. Relaciona el acceso a la comunidad o la salud como "*extra-muros*"; reconociendo entre las distintas funciones de la profesión la articulación con organizaciones barriales, instituciones formales, grupos informales, reuniones de vecinos y participación en redes.

Desde la perspectiva del trabajo social, la entrevista domiciliaria es una técnica de intervención que obtiene un significado distinto que para el resto de miembros del

equipo sanitario. A menudo, una necesidad de repetición y licitud profesional, de ahí el término "*visita domiciliaria*".

En esta presentación, Bertona (2018), muestra una incompreensión sobre el papel o tarea del trabajo social en la Atención Primaria de Salud. Puede explicarse a través de las aclaraciones de Cazzaniga (2002), quien argumentó que los trabajadores sociales se han convertido en "*todólogos*", ya que en la práctica diaria se hacen responsables de todo lo que está libre de la implicación de otros profesionales, atribuyendo al adjetivo "*social*" del título profesional, todos los problemas que conlleva, la inmigración, la pobreza y la exclusión.

Los trabajadores sociales recogen una variedad de demandas sociales, tales como cuestiones de necesidad relacionadas con la vivienda, la identidad, la educación, el empleo, los sistemas de salud, el acceso a la política social de transferencias monetarias o en especie, las prestaciones familiares, las pensiones y los problemas relacionales.

A pesar de ello, gran parte de los recursos destinados a la atención de las necesidades expresadas no están disponibles en los centros de salud, sino que están relacionados con la gestión y/o desarrollo de otras instituciones, asesoramiento, consulta y derivación del proceso de mediación. La misma autora afirma que "*la demarcación del campo de conocimiento e intervención del trabajo social en salud, no ha sido aun suficientemente establecida*" (Bertona, 2018).

Amamoto, Pastorini y Montaña (2003) introducen las relaciones laborales basándose en un proceso de trabajo colectivo en el que se integran los trabajadores sociales. Estos organizan las características sociales, cuyo resultado es la consecuencia del trabajo conjunto o cooperativo, formado por la contribución de distintas profesiones y disciplinas.

La propuesta de Arquín señaló que para el Trabajo Social resulta muy importante ahondar en la tarea de especificar sus funciones profesionales en este área de intervención, lo cual permita reorientar la profesión de manera más equilibrada respecto al resto de profesiones y así, mejorar el status de nuestra profesión a la vez que logra limitar sus funciones de forma concisa, eficaz y enfocada a los problemas que fundamentan su objeto, aumenta las intervenciones profesionales vinculadas al entramado social y los conflictos sociales que aborda, y, en consecuencia, alcanza las condiciones necesarias que permitan mejorar nuestros espacios y decisiones (Arquín, 1994).

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS**

La epidemiología y la promoción de la salud son disciplinas fundamentales de la Salud Pública. El primero es responsable de identificar los factores que inciden en la salud y el segundo, de intervenir en los condicionantes y tomar las acciones necesarias para influir en ellas.

La epidemiología representa a las poblaciones en función de variables como el tiempo, el espacio y las personas, y distingue los determinantes que incrementan o disminuyen la probabilidad de riesgos para la salud. La promoción de la salud es la base de esta función, considerando el origen de

los determinantes. También, se encuentra la tarea de analizar la forma en que las personas enfrentan los riesgos, destacar cómo pueden protegerse o ser más resilientes y valerse de factores favorables para mejorar el estado de salud.

Por otro lado, el Modelo Operativo de Promoción de la Salud define los determinantes favorables para la salud, los cuales favorecen el estado de salud funcional y bienestar de las personas, con la principal finalidad de beneficiarles. La promoción de la salud considera también, los determinantes de riesgo, para evitarlos y eliminarlos, ya inciden negativamente la salud de la población e incrementan la morbimortalidad.

De esta manera, la promoción de la salud es entendida como un proceso político y social integrado, que incluye actividades dirigidas tanto a empoderar y capacitar directamente a los individuos, como también, actividades cuya finalidad es modificar los condicionantes sociales, económicos y del entorno que rodea a las personas para reducir su impacto en la sociedad y la salud. Así, la promoción de la salud favorece que los individuos puedan aumentar el control sobre los factores que inciden en su salud para favorecerla.

Entre las características más destacables de la promoción de la salud es la previsión y prevención de la progresión natural de la enfermedad, siendo su principal objetivo, realizar actividades que permitan cambiar los factores que incluyen de la salud. La consecuencia de estas actividades favorece la calidad de vida, el bienestar y la autonomía de los individuos. Por lo tanto, la inversión en promoción de la salud puede incrementar los beneficios en la misma, a la vez que se reducen costes.

La Carta de Ottawa (OMS, 1986) define cinco actuaciones de la Promoción de la Salud. La primera, trata sobre la promoción de habilidades personales para la salud, haciendo referencia al desarrollo de conocimientos y herramientas precisas para mejorar las habilidades y aptitudes necesarias para vivir. La segunda, consiste en favorecer ambientes saludables, impulsando a las personas a protegerse a sí mismas y entre sí, y a conservar su entorno. Para conseguirlo, impulsa el desarrollo de condiciones laborales y de vida adecuados, higienizados, saludables, seguros y confortables. La tercera, protege el movimiento socio comunitario, generando la participación comunitaria en el desarrollo de las preferencias, elaboración de estrategias, determinaciones y ejecución de actuaciones que favorezcan mejorar el nivel de salud. La cuarta, orienta los servicios sanitarios a extenderse hacia una actividad curativa, ejecutando funciones de promoción e incorporando aquellas de prevención concretas. La quinta y última actuación, describe las políticas públicas orientadas a favorecer la salud y trata de que los órganos de gobiernos, del sector público y privado, pongan el foco sobre la salud en la toma de decisiones.

Así mismo, la educación sanitaria juega un importante papel en la prevención de enfermedades de la población. La adquisición de conocimientos básicos en información sanitaria es necesaria tanto para prevenir como para tratar las enfermedades en caso de urgencia, tener una nutri-

ción saludable, entre otros factores implicados. Todo ello, es un proceso encaminado a fomentar un estilo de vida adecuado en función de las necesidades concretas de los individuos, grupos y comunidades, en el que se encuentran implicados los hábitos, costumbres y conductas.

Este enfoque de la educación sanitaria, engloba una serie de acciones educativas encaminadas a un desarrollo formal e informal de la educación continua permanente que implica a todos los factores como parte del ejercicio institucional.

El objetivo de la educación sanitaria es hacer de la salud un interés público, siendo la población quien participe en el bienestar común de la salud de forma colaborativa y consciente, modificando comportamientos negativos para la salud y consolidando otros saludables. Por ende, la educación sanitaria se sustenta en la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, para incidir en aquellos determinantes de la salud y la asimilación de conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.

Actualmente, la Educación para la Salud (EPS) trata el desarrollo educativo de los determinantes que influyen sobre los individuos, la familia y la comunidad. De esta forma, incide en la promoción y educación de dichos factores, tanto generales como particulares, con el objetivo de promover el cambio hacia hábitos de vida saludables en la población.

Se trata de un proceso que comunica, alienta y apoya a la comunidad hacia comportamientos beneficiosos para mantener una vida saludable, ampara los cambios del entorno necesarios para conseguir ese fin y encamina la orientación profesional y la investigación a perseguir dicho fin. Fundamentalmente, se trata de un proceso productivo de fomento y cambios educacionales que favorecer la salud de los todos los individuos.

Los objetivos de la *Educación Preventiva de la Salud* (EPS) procuran comportamientos positivos para la salud, persigue cambios en el entorno que mejore el ambiente en el que se desarrolla la vida de los individuos y los hace partícipes de este proceso, promoviendo su propia salud y de la comunidad.

Para conseguirlo, se desarrollan fundamentos científicos y metodológicos, técnicas e instrumentos formativos específicos para construir un proceso educativo. Parte de las mismas se desarrollan en base a una didáctica individual personalizada o de forma grupal, abarcando mayor población con procesos formativos que lleguen a grupos de la comunidad, como pueden ser las sesiones formativas individuales o grupales, actividades recreativas, talleres, orientando, aconsejando, entre otras actividades.

## CONCLUSIONES

La salud poblacional se vería favorecida de manera exponencial si se implantan estrategias de salud que contemplen las desigualdades sociales, lo cual facilitaría la intervención de las mismas, considerando los determinantes de salud. Para ello, es imprescindible un abordaje multidisciplinario que enfoque los factores biológicos, los sociales, los patrones de comportamiento en la forma de vivir y el entorno

medioambiental de los individuos. Por tanto, este tipo de estrategias irían encaminadas a un resultado beneficioso.

Asegurar acciones eficaces y previsoras que tenga como objeto invertir en la salud, salvaguarda su calidad y obtiene efectos positivos para la salud poblacional. De lo contrario, la no inversión en salud reflejaría efectos negativos.

Efectuar un desarrollo educativo posibilita a los individuos reconocer, determinar y asumir su rol de responsabilidad compartida del cuidado de la salud, tanto individual como colectiva. Dicha corresponsabilidad resulta imprescindible para generar en los individuos de una comunidad conductas y hábitos saludables en la práctica, los cuales generen efectos positivos para la salud poblacional.

El estatus social de los individuos se origina en distintas situaciones que le influyen, como son los sistemas políticos, sociales y económicos de una sociedad. Las desigualdades en la salud se presentan como resultado de un sistema estructurado de reparto desigual de poder, prestigio y recursos entre los diferentes grupos sociales que constituyen la sociedad y estas influyen negativamente en la vida de los individuos.

La educación para la salud es una posibilidad de alcanzar el aprendizaje de la comunidad, la formación sanitaria, inclusive la consciencia acerca de la salud por parte de la comunidad y mejorar la capacidad personal para el propio cuidado de la salud y de la comunidad. En consecuencia, habría que poner el foco en la creciente atención primaria, priorizando el ámbito de la prevención. De lo contrario, anteponer el ámbito curativo a la prevención provocará efectos negativos para la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, 1(1), 36-46.
2. Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
3. Sánchez, M., Sotomayor, R., Aquino, R., Rodríguez, R. P., Gil, J. M. Gualda, R. (2011). El trabajador social como profesional del Sistema Sanitario. Sevilla: Eduforma, 11-12.
4. Rodríguez Otero, L. M., & García Álvarez, M. P. (2018). Salud y Trabajo Social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 123-139.
5. De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Madrid: *Journal of negative and no positive results*, 5(1), 81-90.
6. Plaza Redondo, L. (2021). El trabajo social en el ámbito sanitario. Universidad de Valladolid, Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social.
7. Toledano, F. T. (2021). Enfermedades crónicas: su relación con los factores sociodemográficos. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Tesis Doctoral.

8. Gómez Conesa, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en los síntomas de salud mental y actuaciones de fisioterapia. Murcia: Elsevier, *Fisioterapia*, 43 (1), 1-4.
9. Martínez-Castillo, A. A., & Santiago, F. J. R. (2022). El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica. *Alternativa psicológica*, 47, 8-21.
10. Corona, B. E. F., Flores, F. A., Galván, D. A. M., Granados, Y. M. M., Molina, M. J. R., & Tovar, C. P. S. (2021). Aspectos psicosociales y estrategias de afrontamiento en la cotidianidad de la persona con enfermedad crónica. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 10.
11. González, À. P. (2021). Fraternidad política y enfermedades raras. *Araucaria: Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, 23(46), 353-368.
12. Silvana, O. N., & Lorena, R. C. COLEGIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL MENDOZA.