



Universidad
de La Laguna

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales
y de la Comunicación

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

**Funciones de los/as trabajadores/as
sociales sanitarios/as en la atención a la
alcoholdependencia**

Autora: Lidya Monzón Díaz

Directora: Berta Puyol Lerga

Titulación: Grado en Trabajo Social

Fecha de presentación: 8 de Septiembre de 2014

ÍNDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	3
1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS	7
3. MÉTODO.....	9
3.1. Técnica de recogida de datos.....	10
3.2 Perfil sociodemográfico de los/as profesionales entrevistados/as.....	10
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	15
4.1. El Trabajo Social Sanitario.....	15
4.1.1. Concepto y características	15
4.1.2. Evolución histórica.....	17
4.1.3. Funciones del/la trabajador/a social sanitario/a.....	18
4.1.4. Rol del/la profesional en el Servicio Canario de Salud.....	20
4.2. La alcoholdependencia.....	22
4.2.1. Concepto.....	23
4.2.2. Consecuencias de la dependencia al alcohol en la salud.....	23
4.2.3. Epidemiología del consumo y dependencia al alcohol en España y Canarias	24
4.2.4. Tratamiento	25
4.2.5. Prevención.....	26
4.3. El Trabajo Social Sanitario y la alcoholdependencia.....	28
5. RESULTADOS.....	29
6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	49
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS.....	1
Anexo 1: Modelo de cuestionario	1

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al trabajo de fin de grado de la titulación de Trabajo Social. En el mismo, se estudia las funciones de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, en lo que se refiere a la atención a la alcoholdependencia, en los tres niveles de salud: Primaria, Especializada y Salud Mental.

Dentro de nuestro sistema sanitario, la alcoholdependencia sigue siendo uno de los problemas de salud pública más importantes. Asimismo, es la droga que más se consume y que mayor aceptación social tiene en España, por lo que es una problemática de obligado abordaje desde el Trabajo Social Sanitario.

Por lo tanto, para concretar el tema ha sido realizado un marco teórico en el que se ha estudiado qué es el Trabajo Social Sanitario, su origen histórico así como las diferentes funciones de los/as trabajadores/as sociales sanitarios tanto en Canarias, como en el resto del país.

Este mismo esquema se ha repetido con la alcoholdependencia: qué es, que consecuencias conlleva, su tratamiento y prevención... Para terminar, se ha hecho una fusión de los dos puntos anteriores, es decir, del Trabajo Social Sanitario y la alcoholdependencia, trabajando sobre todo, cómo se interviene desde el Trabajo Social Sanitario con los/as usuarios/as alcoholdependientes.

Por otra parte, se han indicado unos objetivos de investigación que han guiado las entrevistas a los/as profesionales de los centros de salud, hospitales y unidades de salud mental visitados. Gracias a su colaboración se ha podido comprobar si los objetivos se cumplen y así, poder conocer las funciones que tienen al atender y trabajar con las personas alcoholdependientes y sus familiares.

Por último, se presentan los resultados obtenidos gracias al proceso de investigación, así como el análisis y discusión de los mismos, cerrando este trabajo de fin de grado con las conclusiones finales.

1. JUSTIFICACIÓN

A día de hoy, la figura del/la trabajador/a social sanitario/a sigue siendo una incógnita para muchos/as ciudadanos/as. Por ello, la presente investigación va dirigida a dar a conocer sus funciones, concretándolo en una problemática determinada cómo es la alcoholdependencia.

Para comenzar, tal y como explica ARBA (2009) se debe tener claro que el alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe poco a poco las funciones cerebrales. En pequeñas cantidades produce desinhibición, euforia, aumento de la sociabilidad, etc. pero en cantidades mayores produce descoordinación motora, confusión mental, dificultad para hablar y para asociar ideas e incluso puede provocar el coma o la muerte. Su consumo repetido produce tolerancia y dependencia, tanto física como psicológica. Siguiendo con el análisis conceptual, el alcoholismo, según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), se conoce como el consumo crónico, continuado o periódico de alcohol caracterizado por un deterioro del control sobre la bebida, produciendo así episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por beber a pesar de sus consecuencias.

Es una adicción que afecta a un número importante de personas en el país y que además, preocupa mucho debido a que el consumo de alcohol es cada vez más temprano. Estos datos podrán comprobarse en el apartado sobre epidemiología.

Uno de los motivos por los que estudiar este tema, ha sido por la falta de información sobre las funciones de este campo del Trabajo Social, ya que, en nuestra CCAA, sólo están recogidas en un documento las llevadas a cabo en Atención Primaria. Los/as compañeros/as de Especializada y Salud Mental no tienen material dónde acudir para saber cómo actuar, sino tienen que acceder a otros recursos, tal y como se comprobará en los resultados de esta investigación.

Por lo tanto, la finalidad de esta investigación es conocer cómo y cuándo actúa, qué hace, y qué funciones tiene un/a trabajador/a social sanitario/a cuando se le presentan casos de personas con dependencia al alcohol. Así, se muestra qué hace en esas situaciones, cómo trabaja con la persona afectada y su entorno y qué herramientas usa para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Finalmente, los resultados de la investigación podrán ser utilizados para conocer detalladamente la labor de éstos/as profesionales, así como para ayudar a la alumna en su futura formación profesional.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer las funciones y el método de intervención de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as del Servicio Canario de Salud en la atención a las personas con alcoholdependencia.

Objetivos específicos

- Conocer las funciones que desarrollan los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as (Primaria, Especializada y Salud Mental) en la atención a los/as usuarios/as dependientes al alcohol y sus familias.
- Entender cómo se produce la coordinación entre los trabajadores/as sociales sanitarios/as y el resto del equipo de trabajo sanitario.
- Saber si los/as profesionales del Trabajo Social cuentan con un protocolo específico cuando atienden a personas alcoholdependientes.
- Conocer cuál o cuáles son los métodos de intervención que llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as en la atención a la alcoholdependencia.
- Comprender cómo actúan los/as profesionales del Trabajo Social en la prevención de la alcoholdependencia.
- Conocer qué tipo actividades llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as para la prevención de la alcoholdependencia y hacia qué población se dirige.

3. MÉTODO

El método de estudio en una investigación social es uno de los pasos fundamentales para poder llevarla a cabo satisfactoriamente y en este caso, se ha utilizado una metodología mixta. Por lo que, a continuación, se explicará en qué ha consistido y cómo se ha llevado a cabo.

Tal y como explica Sánchez (2013), la investigación de métodos mixtos es el complemento natural de la investigación tradicional cualitativa y cuantitativa, por lo que se define como la búsqueda dónde el/la investigador/a mezcla o combina métodos cuantitativos y cualitativos. El mismo autor indica que los métodos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales o, pueden ser adaptados, alterados o sintetizados. Esto ocurre con el fin de mezclar la investigación de una manera eficaz, siendo los/as investigadores/as quienes deben tener en cuenta todas las características pertinentes de la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa. Los hallazgos deben ser mezclados en algún punto, por lo que, los resultados tienen que ser integrados, como mínimo, durante la interpretación de los resultados.

Así, una vez conocida la teoría sobre la metodología del estudio, se pasará a explicar cómo fue el mismo en la práctica.

Para comenzar, debe explicarse cuál fue la población estudiada. Ésta ha sido los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de Atención Primaria, Especializada y Salud Mental de los recursos sanitarios públicos de Santa Cruz y La Laguna (Tenerife). Fueron un total de dieciséis participantes de los veinte que actualmente trabajan, estando repartidos entre los centros de salud, las unidades de salud mental y los dos hospitales. La investigación ha sido realizada entre los meses de enero y julio de 2014.

Después de contactar con cada uno/a de los/as participantes para explicarles en qué consistía la investigación, se les visitó para realizar la entrevista. Algunas de las reuniones con los/as profesionales fueron grabadas, siempre y cuando el/la trabajador/a social sanitario/a lo permitía. Por lo que, consistió en un encuentro donde la alumna hacía las preguntas para luego rellenarlas con sus respuestas, así como escuchar los procedimientos que llevan a cabo. También algunos/as de ellos/as contaron anécdotas o

dieron ejemplos de algunos casos (sin dar datos personales) para que la alumna entendiera al cien por cien cómo realiza la función por la que se le estaba preguntando. Por lo que, los/as profesionales tenían total libertad para explicarse y dar más información para ser estudiada. Una vez terminadas las entrevistas, se pasó a realizar el vaciado en formato Excel y diseñar las tablas con los datos de los resultados, para más tarde, poder realizar un perfil sociodemográfico, valorar la consecución de objetivos y obtener las conclusiones del estudio.

3.1. Técnica de recogida de datos

La técnica de recogida de datos utilizada ha sido la entrevista, que tal y como cuenta Campoy y Gomes (2009), consiste en encuentros cara a cara entre el/la entrevistador/a y el/la entrevistado/a y que tienen como finalidad conocer la opinión sobre un hecho o acontecimiento concreto. La entrevista es un proceso que está preparado y planeado con anterioridad para obtener una clara visión de lo que relata la otra persona.

En el caso de la investigación realizada, el instrumento usado ha sido el cuestionario, siendo en este caso mixto, posibilitando dar respuestas abiertas y cerradas.

3.2 Perfil sociodemográfico de los/as profesionales entrevistados/as

Las siguientes tablas y su análisis son parte del resultado obtenido de las entrevistas que fueron realizadas a los/as profesionales. Las mismas muestran el perfil del/la trabajador/a social sanitario/a en los tres niveles sanitarios de Santa Cruz y La Laguna.

Tabla 1: Profesionales del Trabajo Social Sanitario/a entrevistados/as según la localidad en la que trabajan.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
S/C Tenerife	4	67	4	57	1	33	9	56'25
La Laguna	2	33	3	43	2	67	7	43'75
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Puede comprobarse en la tabla 1, que los/as profesionales entrevistados/as fueron un total de dieciséis. En Santa Cruz de Tenerife ha sido donde más trabajadores/as sociales sanitarios/as quisieron colaborar en la investigación, siendo un total de nueve personas (56,25%). En lo que se refiere a Salud Mental, ambos municipios presentan una participación menor debido a que los/as profesionales son menos en comparación con los otros dos niveles sanitarios.

Tabla 2: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según el sexo.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Hombre	2	33	0	0	0	0	2	12'5
Mujer	4	67	7	100	3	100	14	87'5
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 puede verse reflejado que la mayoría de los/as entrevistados/as han sido mujeres (un 87'5%), frente a sólo dos hombres (12'5%) que han participado dentro de Atención Primaria. Esto puede ser debido a la feminización existente en la profesión.

Tabla 3: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según la edad.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
36-50 años	4	67	3	43	3	100	10	62'5
51-65 años	2	33	4	57	0	0	6	37'5
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Si se analiza la tabla 3, podemos comprobar que la mayoría de los/as profesionales se encuentran ubicados/as dentro del intervalo de edad de 36 a 50 años, siendo en concreto, el 62'5% de los/as mismos/as. Sólo el 37'5% de los/as entrevistados/as tienen una edad correspondiente a 51 – 65 años de edad. En el caso de Atención Primaria, es dónde existen más trabajadores/as sociales sanitarios/as de 36 a 50 años mientras que en la Especializada, la mayoría están incluidos/as en el intervalo de 51 a 65 años. En Salud Mental todos/as los/as entrevistados/as están entre los 36 a 50 años de edad. Estos resultados nos indica que, en general, los/as profesionales son personas jóvenes.

Tabla 4: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según el nivel de estudios.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Diplomado/a en Trabajo Social	6	100	7	100	3	100	16	100
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Tal y como puede observarse en la tabla 4, todos/as los/as participantes son diplomados/as en Trabajo Social y ninguno/a ha indicado poder desempeñar sus funciones sin tener el título.

Tabla 5: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según cargo laboral.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
T.S.S	6	100	6	86	3	100	15	93'75
Coordinador/a	0	0	1	14	0	0	1	6'25
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Puede verse en la tabla 5 que, de los/as profesionales que fueron entrevistados/as, la mayoría afirmaron ser sólo trabajadores/as sociales sanitarios/as (93'75%), excepto en Atención Especializada que pudo ser entrevistada su coordinadora (6'25%).

Tabla 6: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según su formación en alcoholdependencia.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Máster universitario	0	0	1	14	0	0	1	6'25
Cursos/Jornadas	6	100	6	86	3	100	15	93'75
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa que la mayoría de los/as profesionales afirma tener cursos o jornadas de formación en alcoholdependencia (93'75%), mientras que sólo uno/a de los/as entrevistados/as de Especializada afirma tener un máster universitario sobre drogodependencias (6'25%).

Tabla 7: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según duración de la jornada laboral.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Completa	6	100	6	86	3	100	15	93'75
Por horas	0	0	1	14	0	0	1	6'25
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, se puede comprobar que, excepto uno/a de los/as entrevistados/as del estudio, todos/as trabajan en jornada completa de 8 horas (el 93'75%). Éste/a, trabajador/a social de A. Especializada (6'25%), afirma que tiene un contrato por horas.

Tabla 8: Profesionales del Trabajo Social Sanitario entrevistados/as según tipo de contrato.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		<u>TOTAL</u>	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Indefinido	0	0	0	0	1	33'3	1	6'25
Temporal	1	17	1	14	1	33'3	3	18'75
Otros	5	83	6	86	1	33'3	12	75
<u>TOTAL</u>	6	100	7	100	3	99'9	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 puede apreciarse diferencias entre los niveles de atención sanitaria. En el caso de Primaria, puede verse que cinco de las personas entrevistadas afirma tener otro tipo de contrato (un 83% declara ser estatutario/a) frente a uno/a de ellos que asegura tener un contrato temporal. En el caso de la Especializada, se comprueba que otros/as seis profesionales de siete (86%), también aseguran que su contrato es estatutario, siendo clasificado dentro “Otros”. Sólo uno/a de ellos/as afirma tener un contrato temporal (33,3%). Y para terminar, dentro de Salud Mental se indica que, de las tres personas entrevistadas, una de ellas tiene un contrato indefinido, otra temporal y una última que asegura que su contrato se encuentra dentro de la categoría “Otros”.

Por lo tanto, el perfil de las personas entrevistadas es:

Una mujer joven, de entre 36 y 50 años y que trabaja en los distintos niveles sanitarios existentes del municipio de Santa Cruz de Tenerife. Es diplomada en Trabajo Social y señala que su cargo laboral es de trabajadora social sanitaria. En general, no tiene formación universitaria en drogodependencias o alcohol sino cursos, congresos, etc. Su jornada laboral es completa, trabaja ocho horas y su contrato es estatutario. Es decir, está regido por su propio estatuto o normativa, teniendo su plaza de trabajo fija.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación, se presenta una revisión teórica sobre el Trabajo Social Sanitario y la alcoholdependencia. A lo largo de este apartado, se conocerá los conceptos más importantes de este campo del Trabajo Social, sus orígenes y las distintas funciones de los/as profesionales en la rama sanitaria. Por otro lado, también se estudiará la dependencia al alcohol, sus consecuencias, tratamiento y prevención. Y para finalizar, se verá cómo interviene el Trabajo Social Sanitario en la alcoholdependencia.

4.1. El Trabajo Social Sanitario

El Trabajo Social Sanitario cuenta con numerosas definiciones por parte de varios/as autores/as y organismos. A continuación expondremos algunos de los más relevantes.

4.1.1. Concepto y características

Para comenzar con el análisis del concepto, el Diccionario de Trabajo Social (2012) afirma que el Trabajo Social Sanitario es *“la práctica del TS que se produce en los hospitales, y en otros establecimientos sanitarios con los objetivos de facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los pacientes física y mentalmente enfermos y sus familias a resolver los problemas sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad.”* (Diccionario de Trabajo Social, 2012, s.r.f. Servicio Extremeño de Salud, 2007, p.52)

Asimismo, INSALUD señala que es *“la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina”* (INSALUD, 2000, p.12).

Por parte de profesionales del Trabajo Social Sanitario, se debe destacar definiciones como la de la trabajadora social sanitaria Amaya Ituarte (2009), que asegura que es la actividad profesional que investiga los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como en el tratamiento de los problemas surgidos debido a las situaciones de enfermedad. Siguiendo la misma línea, su compañera, Dolors Colom (2008) considera que es una disciplina, una especialización del Trabajo Social en el

ámbito sanitario, siendo éste el que se aplica a los establecimientos dirigidos a sanidad. Asegura que investiga las circunstancias sociales de la enfermedad de las personas que son atendidas en el sistema sanitario, tanto como si es el/la enfermo/a como si es un familiar o red social.

Pero, ¿Qué caracteriza al Trabajo Social Sanitario? Según Izquierdo, Torres y Martínez (2011), dentro de esta rama del Trabajo Social cabe destacar que:

- *“La intervención se concibe individualmente o colectivamente, según se trate de casos de familia, grupos o comunidades.*
- *Es un soporte importante para la gestión de la gerencia de los servicios sanitarios, en la planificación de prestaciones, en el seguimiento del funcionamiento, así como también en la proyección de futuras necesidades.*
- *La presencia del trabajador social garantiza la continuidad asistencial y dota de significado a la problemática que afecta al caso o al colectivo.*
- *La necesidad sanitaria determinada por el personal sanitario, se dimensiona con precisión en las circunstancias sociales y económicas del usuario, que facilitan o dificultan el seguimiento terapéutico en toda su extensión hasta el alta, para lo cual, el trabajador social sanitario pone a disposición de los usuarios los medios que facilitan el acceso y la permanencia dentro del sistema sanitario.*
- *El trabajador social del ámbito sanitario no goza de la categoría de profesional del personal sanitario, sin embargo, la capacidad de inclusión social del sistema sanitario, depende en gran medida de los servicios en que desempeñan sus funciones los trabajadores sociales”.* (Izquierdo, Torres y Martínez, 2011, p. 121-122).

Por último, Monrós y Zafra (2012) explican quién es el/la trabajador/a social sanitario/a. Aseguran que es el/la profesional que, dentro del equipo multiprofesional, conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, promueve la utilización de recursos disponibles, identifica las redes familiares así como sociales que están orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de los/as usuarios/as, grupos y comunidades, dentro de las instituciones sanitarias.

4.1.2. Evolución histórica

“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El trabajador social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida” (Monrós y Zafra, 2012, p.11).

Según Colom (2008), la figura del Doctor Cabot es primordial dentro del contexto histórico del Trabajo Social Sanitario, ya que fundó el departamento de trabajo médico social en el General Massachussets Hospital en 1905, estructurando el servicio de trabajo social del hospital para poder garantizar el seguimiento de los pacientes. Cabot quiso dar solución a la problemática que venía percibiendo años atrás (referida a la falta de consideración que existía hacía el contexto social de la enfermedad) por lo que decidió contar con un profesional que estudiara los aspectos sociales de las personas enfermas y así ayudarles a resolverlos.

Así, Ida Cannon dijo que *“en el Massachussets General Hospital atendemos entre cuatrocientos y seiscientos pacientes cada día. Los ven un pequeño grupo de médicos. Cada paciente tiene muy poco tiempo para estar con el médico responsable. El Doctor Cabot vio que aquel examen, incluso siendo muy cuidadoso, significaba muy poco a no ser que el paciente y su tratamiento tuviera un seguimiento. Hace tres años, él estableció el sistema de cuidadoras (enfermeras) para visitar a los pacientes en sus casas, y seguirlos para ver que el tratamiento era eficaz (...)”* (Colom, 2008, p. 17-18).

La trabajadora social sanitaria Dolors Colom (2008), indica que el Dr. Cabot actuó y llevó a cabo una solución: determinó la necesidad de que las cuidadoras actuaran junto con una profesional que estudiara los aspectos sociales de los/as enfermos/as y le ayudara a resolverlos. Por lo que, la intervención de la trabajadora social y de las cuidadoras, era la clave básica para que los enfermos/as pudieran seguir en sus casas.

Siguiendo lo que Colom (2008) señala en su libro, durante esta época se resaltó del Trabajo Social Sanitario sus contenidos de globalidad y la visión integral de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, algo que ha sido un argumento de gran ayuda para poder entender y articular la práctica actual. La autora concluye asegurando que, la atención social a las personas enfermas y sus familias no debía ser algo que fuese sujeto

al tipo de sensibilidad de cada profesional sanitario, porque esto generaba desigualdades y rompía con la sistemática de la intervención.

El nacimiento del Trabajo Social Sanitario en nuestro país se produce cuando, según Monrós y Zafra (2012), Abreu (2009) y Colom (2008), el Dr. Roviralta fundó en 1932 la primera escuela de Trabajo Social en Barcelona. En los años 50, aparecen los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y, en 1984, se impulsó al Trabajo Social Sanitario en los diferentes equipos de salud mental, siendo incluidos en equipos multiprofesionales.

Si se sigue estudiando el origen de esta rama en nuestro país, no se debe olvidar nombrar la labor de Montserrat Gramunt, que fue asistente social y que escribió en 1961, refiriéndose al Servicio Social Hospitalario lo siguiente: *“En los grandes hospitales, el perfeccionamiento técnico y la especialización dificultan las relaciones humanas entre el enfermo y el personal sanitario (...). El servicio social hospitalario consigue perfeccionar su eficacia cuando establece una constante y metódica colaboración entre todas las asistentes sociales que trabajan en las instituciones sanitarias (...). Cabe admitir como indispensable que el asistente social del sector resuma el informe social del cliente y lo envíe al asistente social hospitalario. Y a la inversa, cuando el enfermo sea dado de alta, los datos obtenidos durante su estancia deben ser enviados al asistente social del sector.”* (Colom, 2008, p.23)

4.1.3. Funciones del/la trabajador/a social sanitario/a

Para conocer la labor que desempeñan los/as profesionales, abordaremos en este apartado las funciones generales en los tres niveles sanitarios de los profesionales del Trabajo Social en Salud de varias CCAA de nuestro país.

Una de las comunidades autónomas estudiadas ha sido Castilla y León, la cual dentro de la Atención Primaria, se refiere *“al ejercicio propio de una profesión que luego puede desarrollarse en diferentes campos de actividad y atención. Por ello, los modelos de intervención proactivos en Trabajo Social Sanitario, toman como punto de inicio el estudio social de los riesgos, y sobre todo, diagnostican la existencia de problemas si los hubiera, estableciendo un plan de trabajo en función de los mismos, que persiga su resolución y que debe estar perfectamente integrado en el plan de intervención global realizado por el equipo multidisciplinar. Por lo que, las funciones generales son:*

- *Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.*
- *Identificar los factores y situaciones de riesgo social.*
- *Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social.*
- *Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales.*
- *Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.*
- *Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales.*
- *Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral.*
- *Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud.*
- *Participar en los planes de formación continuada de la formación pregrado y posgrado.*
- *Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social” (Junta Castilla-León, 2013, p.19-20).*

El Servicio Extremeño de Salud (2007), añade que los/as trabajadores/as sociales sanitarios tendrán una:

- Función asistencial
- Función preventiva y de promoción
- Función educativa o de trabajo comunitario
- Función investigadora
- Función de coordinación
- Función formativa (Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura, 2007, p.53-56).

En el caso de la Atención Especializada, se afirma que *“la intervención social se realiza de dos formas: atención a la demanda que llega por derivación de otros servicios; y desarrollo de programas de prevención de situaciones de riesgo social. Cuando la problemática social es detectada por los servicios médicos y de enfermería, la derivación al trabajador social puede llegar mediante petición de interconsulta escrita o por comunicación verbal. Otras de las funciones que realiza el/la profesional son la*

intervención social por programas, coordinación, proyección comunitaria o docencia y formación profesional, entre otras” (Díaz, Díaz-Faes, Suárez, Villazón y Casero, 2002, p.46-50).

La atención sanitaria en Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados que se encuentran repartidos en territorios determinados teniendo una implantación distinta dependiendo de planes de cada C.C.A.A. (Garcés, 2010). Por lo que, el papel de los/as trabajadores/as sociales sanitarios dentro de la psiquiatría, según Claramunt (2000) consiste en:

- *“Prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, la explicación de los servicios clínicos a los usuarios, y, en su caso, el acompañamiento a los pacientes; la implementación de medidas para favorecer los contactos de post-cura, organizar grupos de padres y de autoayuda, colaborar con campañas de salud mental, etc.*
- *Contribuir mediante una información adecuada a conocer la realidad socio-familiar y laboral del enfermo y a lograr un correcto diagnóstico mediante la elaboración del informe social.*
- *Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible.*
- *Su actuación será necesaria en todas las áreas del tratamiento de un enfermo, entendiéndose como tales, de una forma flexible y amplia, el trabajo con el paciente, con el síntoma marital, con otros sistemas familiares, y con el conjunto de la familia o del grupo...” (Claramunt 2000, s.r.f. Gómez y Zapata, 2000, p. 18).*

4.1.4. Rol del/la profesional en el Servicio Canario de Salud

Dentro del Servicio Canario de Salud, encontramos que el/la trabajador/a social sanitario/a trabaja en distintas áreas. Las funciones de los/as mismos/as la indican Abreu, Armas, García, Gil, Hernández y Jiménez (2004):

1. El área de atención directa recoge las actividades que se desarrollan con el/la usuario/a a partir de la demanda presentada o que ha sido programada. El/la profesional asumirá la investigación de los factores sociales que incidirán en la salud del/la paciente, por lo que las intervenciones que llevará a cabo, son:

- Informar
 - Explicar y dar aclaraciones, reconciliar y/o interpretar acontecimientos
 - Proporcionar orientación y asesoramiento
 - Recontextualizar
 - Realizar interpretaciones
 - Negociar y persuadir
 - Prestar asistencia práctica
 - Proporcionar apoyo emocional
 - Garantizar cuidados sociales así como dar seguridad y ánimo
 - Formar en habilidades sociales y contener la ansiedad
 - Mediar, facilitar y educar
2. Dentro de la coordinación sanitaria sabemos que será el conjunto de acciones que se lleva a cabo por los/as profesionales que organizan las actuaciones de los sistemas sanitarios y sociales. Las funciones del/la trabajador/a social en esta área son:
- Conocer y analizar los recursos y las redes de la zona de salud
 - Formar parte activa de la Comisión Socio-sanitaria, programando y protocolizando las acciones determinadas
 - Impulsar y trabajar con el Director de Zona el área de coordinación socio-sanitaria
 - Elaborar y actualizar la Guía de Recursos Sociales y Sanitarios de la zona básica de salud para informar y asesorar al resto del equipo
 - Ejecutar con el resto de la Comisión las funciones que se consideren necesarias para el desarrollo de las acciones programadas
 - Ser el/la gestor/a de casos en los grupos de riesgo social o problemática social
3. El apoyo social habla del conjunto de provisiones expresivas e instrumentales ofrecidas por la comunidad, redes sociales y las personas de confianza. Los instrumentos que se usan son los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y el Voluntariado. Las funciones del/la profesional son:
- Impulsar la creación de los GAM
 - Fomentar los proyectos de voluntariado
 - Asesorar y apoyar a los GAM ante situaciones de crisis y conflicto

- Ayudar a la formación del voluntariado en sanidad
 - Garantizar un soporte documental que permita la acción programada, el seguimiento y la evaluación
 - Coordinarse con los distintos recursos de apoyo social de la zona básica de salud
 - Sensibilizar a los profesionales sanitarios de la importancia del apoyo social en salud
4. Sobre la promoción de la salud y la participación, sabemos que es el conjunto de actuaciones que se orientan a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad. Las funciones que tienen los/as profesionales son:
- Estudiar los factores sociales de la población de la zona básica de salud
 - Trabajar de enlace entre el Equipo de Apoyo Social y el tejido social de la zona
 - Estimular la participación
 - Impulsar y desarrollar los Consejos de Salud
 - Aportar al equipo el conocimiento de las relaciones de las redes sociales
 - Garantizar el soporte documental de las acciones desarrolladas en el área comunitaria
 - Desarrollar programas de educación para la salud para la población
 - Educar para la salud de forma individual y grupal con el resto del equipo
5. Para finalizar, aparece la función de docencia e investigación que declara que, dentro de éste área se encuentra la formación continuada y la investigación.

4.2. La alcoholdependencia

Tal y como indican Rodríguez y Gómez (2012), el alcohol es una droga socialmente aceptada que, junto al tabaco, es la que más se consume y que más consecuencias negativas acarrea a la salud y a nuestra sociedad. Las mismas autoras consideran que la prevención del consumo y abuso del alcohol, así como los problemas que son derivados del mismo, siguen siendo una de las grandes prioridades de la salud pública.

4.2.1. Concepto

Para conocer qué es la dependencia al alcohol, Pascual y Guardia (2008, p.135) la definen como *“el consumo repetido de bebidas alcohólicas que al actuar como sustancia psicoactiva provoca que el consumidor se intoxique periódicamente o de forma continua. Muestra un deseo compulsivo de consumir alcohol, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente y modificar su consumo”*.

Rodríguez y Gómez (2012), aseguran que este tipo de adicción aparece tras un consumo reiterado que acaba generando tolerancia y dependencia, es decir, la persona consumidora cada vez necesitará beber más para obtener los efectos iniciales. Con el tiempo, desarrollará una necesidad física y psicológica de consumir. Cuando se establece ese patrón de consumo, las autoras afirman que el cerebro acaba por adaptarse, produciéndose cambios en el mismo y provocando entonces, la tolerancia. Esto es entonces, el inicio de la dependencia al alcohol.

4.2.2. Consecuencias de la dependencia al alcohol en la salud

Para tratar las consecuencias de la dependencia al alcohol, nos referiremos a lo que la Organización Mundial de la Salud declara en su Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (2014) que, debido al consumo reiterado de alcohol indican que:

- Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas debido al consumo nocivo de alcohol, siendo esto un 5'9% de todas las defunciones.
- El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.
- En general, el 5'1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones se le atribuye al consumo de alcohol.
- El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo de edad de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.
- Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

- Se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida.
- Además, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

Analizando éste último punto, se comprueba que es fundamental trabajar las consecuencias sociales de la enfermedad, debido a que, como indica ARBA (2010, p.8): *“El consumo abusivo de alcohol está relacionado con problemas en el ámbito familiar (discusiones, imposibilidad de comunicación, violencia doméstica), laboral (absentismo, accidentes laborales, bajas laborales repetidas, baja productividad, lentitud o irregularidad en el ritmo de trabajo, despidos) o social (deterioro de las relaciones con los compañeros y amigos, problemas judiciales, accidentes de tráfico)”*. Por ello, se debe trabajar para disminuir estas consecuencias, que sin duda, son tan importantes como las físicas o psicológicas.

4.2.3. Epidemiología del consumo y dependencia al alcohol en España y Canarias

El consumo excesivo de alcohol y las consecuencias que ello conlleva, son uno de los principales problemas de la salud pública en Occidente. Es fundamental conocer la epidemiología para así obtener datos estadísticos fiables y poder actuar eficazmente.

Uno de los estudios más importantes sobre consumo de drogas en nuestro país es la encuesta EDADES (2011) e indica que, un 90'9% de la población con un intervalo de edad de 15-64 años afirma haber probado al menos una vez en su vida el alcohol. Concretamente, el estudio asegura que un 76'6% de los/as encuestados/as afirma haberse emborrachado en este último año, centrándose un 83'2% en los hombres y un 69'9% en las mujeres. Por otro lado, y analizando la misma investigación, se puede comprobar que más de la mitad de los adolescentes de 15, 16 y 17 años afirma haber consumido alcohol en el último año. La edad media de inicio en el consumo del alcohol se encuentra entre los 15 y 20 años, más concretamente a los 16'7 años. Es importante conocer cuáles son los motivos que llevan a estos/as jóvenes a consumir alcohol desde edades tan tempranas y es que, como indica Cruz Roja Española (2010), puede ser para divertirse, sentirse mayores, para probar cosas nuevas, porque sus amigos consumen o para olvidarse de los problemas que puedan tener.

ESTUDES (2012-2013), es una investigación realizada a estudiantes de entre 14-18 años sobre consumo de drogas. Este estudio señala que un 81'9% de ellos/as consume alcohol, siendo el nivel más alto en las mujeres (82'9%) y un 80'9% entre los hombres. El estudio muestra que es probable que las mujeres beban más porque es la única droga que consumen, al contrario que los hombres. Revela también, que dentro del rango de edad de 13-16 años, la edad media de inicio en el consumo es a los 13'9 años, mucho antes que la media nacional y de nuestra comunidad autónoma. Por otro lado, asegura que el 81'9% de los/as jóvenes participantes consumió alcohol en el último año y un 74% en el último mes.

Al hablar de nuestra comunidad autónoma, el Gobierno de Canarias (2010), con el III Plan Canario sobre Drogas, añade que la edad de primer contacto con el alcohol es a los 14 años. Esto es un dato importante ya que revela que los/as jóvenes canarios/as empiezan a beber antes que el resto de jóvenes españoles. Es preocupante conocer también, que un 41'3% de los hombres de entre 15 y 34 años afirma haberse intoxicado etílicamente en el último año, frente a un 23'5% de las mujeres.

Para finalizar y en lo que se refiere a la dependencia al alcohol, según los datos aportados por el ISTAC en su Encuesta de Salud en Canarias: Hábitos de vida (2009), se puede comprobar que un 0,25% de personas encuestadas son bebedores excesivos, de alto o de gran riesgo. Luego, consultando los datos de la isla de Tenerife, se encuentra que el porcentaje de estas personas dependientes es de un 0,14%. Por lo que, analizando los datos y comparándolos con el resto del archipiélago, se concluye que en Tenerife es la isla dónde más riesgo de dependencia o de consumo excesivo existe.

4.2.4. Tratamiento

Para comenzar, los autores Pascual y Velasco (2012) indican que el tratamiento de la alcoholdependencia debe ser un proceso donde confluyen la parte física, psicológica y social de la persona de forma simultánea. Por lo que, el objetivo será alcanzar un estilo de vida libre de alcohol, así como lograr mantener un funcionamiento positivo en la familia, sociedad y en su trabajo. Por ello, se debe realizar un diagnóstico biopsicosocial para obtener una valoración íntegra del punto de partida que ayudará a evaluar y jerarquizar, permitiendo dibujar un plan terapéutico de actuación.

Por otra parte, el National Institute Drugs Abuse (2011), señala puntos tan importantes como que:

- Un tratamiento eficaz abarcará todas las necesidades diversas que tenga la persona, no solamente sobre su problema de abuso de drogas.
- No hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas, deberá ser individualizado.
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.

Volviendo a lo que enseñan los autores Pascual y Velasco (2012), los mismos aseguran que el plan de actuación debe hacerse en base a las características y los recursos. La intervención social empezará cuando la persona enferma y sus familiares acudan al recurso, por lo que se podrá llevar a cabo desde tres niveles: individual, familiar o grupal y comunitario. Debe ir orientada a elaborar un diagnóstico social, para poder hacerla de forma interdisciplinar integral en el tratamiento de las personas que acuden al recurso. Asimismo, los autores nos indican que, el método en trabajo social tiene varias fases:

- *“Fase de estudio.*
- *Diagnóstico social.*
- *Fase de intervención*
- *Evaluación de la intervención”* (Pascual y Velasco, 2012, p.162-167).

4.2.5. Prevención

La prevención del consumo de drogas es una función básica de los/as trabajadores/as sociales. Por lo tanto, se hará un análisis de varios conceptos generales para conocer qué es y qué importancia tiene.

Comenzamos con el Glosario de Prevención de Abuso de Drogas (2004), que asegura que la prevención es *“la acción y el efecto de las intervención diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. Las intervenciones preventivas pueden ser de carácter amplio, dirigidas al conjunto de la población. También pueden estar dirigidas a poblaciones en situación de alto riesgo”*. (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, 2004, p.143)

Tampoco se puede olvidar que existen varias áreas en las que se puede realizar abordajes preventivos, como son: el educativo, familiar, comunitario, laboral, los medios de comunicación y legislativo (Rodríguez y Gómez, 2012).

Conociendo esto, es importante recalcar que la Organización Mundial de la Salud (2010) señala que para que la misma sea correcta debe haber:

- a) *“Compromiso en la adopción de medidas políticas integrales basadas en la evidencia.*
- b) *Intervención de los servicios de salud mediante la adopción de programas de prevención y tratamiento para toda la población.*
- c) *Potenciación de la acción comunitaria mediante la aplicación de diseños teórico-prácticos que permitan alcanzar cambios de comportamiento colectivo.*
- d) *Aplicación de medidas de control sobre la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.*
- e) *Desarrollo de medidas conducentes a la regulación de la venta y suministro de bebidas alcohólicas.*
- f) *Control sobre la publicidad de bebidas alcohólicas.*
- g) *Aumento de los precios del alcohol, como medida de barrera para el aumento del uso y consumo.*
- h) *Potenciación de programas de reducción del daño en consumidores de bebidas alcohólicas.*
- i) *Aumento de las medidas de control del suministro y venta de bebidas con contenido alcohólico no regulado.*
- j) *Adopción de una política de seguimiento y control de todas las estrategias”*
(OMS, 2010).

Así mismo, tampoco debe olvidarse que NIDA (2011) recomienda que se lleven a cabo estos principios:

1. *“Aumentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo.*
2. *Las intervenciones preventivas deben abarcar todas las sustancias.*
3. *La prevención tiene que incluir estrategias de resistencia al consumo.*
4. *Fomento y promoción de metodologías interactivas.*
5. *Inclusión de agentes de prevención familiar.*

6. *Promoción de intervenciones preventivas a largo plazo.*
7. *Potenciar las acciones preventivas combinadas.*
8. *Explotar el contexto escolar.*
9. *Adaptar las intervenciones preventivas a las poblaciones”* (National Institute Drugs Abuse, 2011).

Las autoras Rodríguez y Gómez (2012) añaden que en España retrasar la edad de inicio del consumo, disminuir la prevalencia y reducir los daños asociados al alcohol, son objetivos necesarios para la prevención de su abuso. Por lo que, consideran que todo programa preventivo debe ajustarse a las necesidades reales de la población a la que se dirige. Para ello, es necesario tener claro cuál es el objetivo que queremos conseguir con la intervención preventiva.

4.3. El Trabajo Social Sanitario y la alcoholdependencia

Uno de los pasos más importantes en este proceso es la intervención y Gradillas (2001) enseña que, para obtener una intervención terapéutica apropiada es necesario que haya un estudio previo que permita evaluar los problemas que presenta la persona alcoholdependiente. Con este objetivo, debe de tenerse en cuenta las resistencias que la persona alcohólica puede mostrar, así como conocer el grado de motivación y autocrítica de la misma. El autor presenta el siguiente esquema a seguir:

- La entrevista diagnóstica: tendrá como objetivo lograr una relación interpersonal buena, basándose en la confianza y en la sinceridad.
- Conocer las resistencias y el grado de autocrítica: en la entrevista deben ponerse de manifiesto las resistencias presentes y la intensidad que tienen, así como el grado de autoconocimiento y crítica de la situación.
- El encubrimiento por parte de la familia, que puede presentar negación del problema/enfermedad.
- La evaluación de la motivación hacia la abstinencia es difícil de valorar. Como señala Gradillas (2001), Prochaska propuso que el proceso de recuperación del alcoholismo se dividiera en estas fases: precontemplativa, contemplativa, de determinación, de acción y de mantenimiento.

5. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan las tablas realizadas con los datos que fueron obtenidos de las entrevistas.

Tabla 1: Las funciones como T.S.S están recogidas en un protocolo específico

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	6	100	7	100	2	67	15	93'75
No	0	0	0	0	1	33	1	6'25
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Al analizar esta pregunta, la tabla 1 muestra que el 93'75% de los/as profesionales señaló que sí se encuentran recogidas sus funciones en un protocolo específico de actuación, frente a una trabajadora de Salud Mental que aseguró que no lo están o que lo desconoce (6,25%).

Documento en el que se recogen las funciones de los/as T.S.S

En relación a la pregunta sobre dónde quedan recogidas las funciones como trabajador/a social sanitario/a las respuestas obtenidas han sido variadas. Así, encontramos que:

- Dos personas creen que se encuentran recogidas en el “Rol profesional de TS en la Atención Primaria de Salud”. Ambos/as profesionales son de Atención Primaria (E.C.S1 y E.C.S4).
- Otro/a de los/as entrevistados/as de Atención Primaria asegura que se encuentran dentro del Programa Drago (E.C.S2).
- Uno/a de los/as profesionales de Atención Primaria, asegura que sus funciones están recogidas en la Instrucción de la Dirección del Servicio Canario de Salud y el “Rol profesional de TS en la Atención Primaria de Salud” (E.C.S3).
- Para finalizar con Atención Primaria, comprobamos que uno/a de ellos/as afirma que se encuentra en la Cartera de servicios y dentro del trabajo colectivo de Trabajo Social (E.C.S5).

- Dentro de Atención Especializada, uno/a de los/as entrevistados señala que están incluidas en ciertos procedimientos que contienen las funciones (E.A.E1).
- Un/a único/a profesional señaló que se encuentra en el documento servicio del hospital así como en un Plan estratégico y de calidad (E.A.E2).
- En varios planes aseguró un/a entrevistado/a que se encuentran recogidas sus funciones profesionales (E.A.E3).
- En varias leyes y reglamentos aseguraron tres profesionales que se encuentran sus funciones como trabajadores/as sociales sanitarios/as de Atención Especializada (E.A.E4, E.A.E6 y E.A.E7).
- Otra de las respuestas señaladas en el mismo nivel sanitario fue que están recogidas en la instrucción interna del Servicio Canario de Salud (E.A.E5).
- Dentro del Plan con las funciones de la UIB fue indicado por una de las entrevistadas de Salud Mental (E.S.M1).
- En un manual dónde se establecen las normas fue lo que aseguró una profesional de Salud Mental (E.S.M2).
- Dos de las trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas señalaron que no saben, no contestan dónde están recogidas (E.S.M3 y E.C.S6).

Las respuestas obtenidas muestra gran disparidad de respuestas concluyendo que cada uno/a cree que sus funciones se encuentran localizadas en sitios distintos. Sólo tres de ellos/as aseguran que están recogidas en varias leyes y reglamentos, sin indicar cuáles (18'75%). Dos de las dieciséis personas encuestadas (12'5%) no indicaron ninguna respuesta a ésta preguntas.

Tabla 2: El método de intervención cuenta con un diagnóstico social previo

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	6	100	4	57	2	67	12	75
No	0	0	3	43	1	33	4	25
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla 2, dentro de Atención Primaria, puede comprobarse que todos/as los/as entrevistados/as afirman que su método de intervención se concreta después de un diagnóstico social previo, frente a la Atención Especializada, dónde hay división de

respuestas. De los/as siete profesionales, cuatro afirman que sí (57%), frente a otras tres que aseguran que no, debido a que los/as pacientes les vienen derivados del equipo sanitario con un diagnóstico ya realizado (43%). Dentro de Salud Mental, dos de las tres entrevistadas aseguran que sí realizan el diagnóstico social previo (67%), al contrario que una de ellas que asegura que no (33%), que ocurre como en Especializada, sus pacientes ya vienen diagnosticados por el equipo sanitario.

En qué consiste el diagnóstico social realizado por los/as profesionales entrevistados/as

Al hablar sobre en qué consiste el diagnóstico social que realizan, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as aseguraron que:

- En Atención Primaria y Especializada, dos de los/as profesionales entrevistados/as aseguran que consiste en un estudio de caso (E.C.S1 y E.A.E2)
- Una de ellas, asegura que consiste en un diagnóstico y en atención integral (E.C.S2).
- Otro/a de los/as entrevistados/as de Primaria aclara que consiste en realizar un estudio, una investigación, valoración y entrevistas (E.C.S3).
- El uso de método de base, la intervención en crisis y con la familia es otra de las respuestas que señala uno/a de los/as entrevistados/as (E.C.S4).
- Mediante entrevistas, seguimiento y trabajo en grupo y domiciliar señala uno/a de ellos/as como método de intervención usado en ese nivel sanitario (E.C.S5).
- Gracias a la sistemática de trabajo añade uno/a de los/as profesionales que es cómo interviene (E.C.S.6).
- En Especializada uno/a señala que comprobar la historia e indicadores del paciente forma parte de su método de intervención (E.A.E.5).
- En el mismo nivel sanitario, señalan dos entrevistados/as que hacen una interpretación y evaluación del caso (E.A.E6 y E.A.E4).
- En Salud Mental, realizar una demanda o derivación, entrevista previa, coordinación y seguimiento es una de las formas de intervenir (E.S.M1).
- Hacer entrevistas y visitas es señalado en Salud Mental por otra entrevistada como manera de intervenir con los/as usuarios/as (E.S.M2).

Sin duda, esta es una de las preguntas con más variedad de respuestas. Se aprecia que sólo dos de ellos/as han coincidido en que usan el estudio de caso para llevar a cabo su

trabajo, ambos/as de Primaria y Especializada. Se debe destacar, que la entrevista y el seguimiento son de las herramientas que más usan para llevar a cabo esta función.

Tabla 3: Identificación de situaciones de riesgo social causadas por la alcoholdependencia

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	6	100	7	100	1	33	14	87'5
No	0	0	0	0	2	67	2	12'5
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 muestra que todas las personas de Atención Primaria y Especializada que han colaborado en el estudio afirman que sí tienen como función identificar situaciones de riesgo social causadas por la enfermedad del/la paciente. La diferencia se encuentra en Salud Mental, dónde sólo una de las personas entrevistadas (33%) ha respondido positivamente frente a dos (67%), que aseguran que no realizan esta actividad.

Procedimiento para detectar la situación de riesgo social

Para hablar del procedimiento que llevan a cabo los/as profesionales para detectar los riesgos sociales existentes, se comprueba que:

- En Atención Primaria dos de los/as profesionales aseguran que lo realizan preguntando al/la paciente en la entrevista (E.C.S1 y E.C.S6).
- Conocer la fecha de inicio, el consumo, trabajar la motivación por dejarlo así como informar sobre los recursos son procedimientos llevados a cabo por uno/a profesional de Atención Primaria. (E.C.S2).
- Uno/a de los profesionales de este nivel sanitario aclara que lo realiza trabajando los factores de riesgo que existan (E.C.S3).
- Siguiendo en Atención Primaria, identificar la valoración y la intervención social es uno de los procedimientos señalados (E.C.S4).
- Mediante derivación y trabajo en conjunto aclara uno/a de los profesionales de Primaria que realiza esta función (E.C.S5).

- En Especializada aclara uno/a de ellos/as que lo lleva a cabo mediante interconsulta, valoración y comunicación familiar, así como búsqueda de recursos (E.A.E1).
- Esta función es realizada mediante interconsulta por dos profesionales de Especializada (E.A.E2 y E.A.E3).
- También trabajando con pacientes derivables a petición personal, familiar o sanitario forma parte del procedimiento de dos de ellos/as (E.A.E4 y E.A.E6).
- En Especializada asegura uno/a de los/as profesionales que se entrevista y coordina con el CAD/ONG correspondiente (E.A.E5).
- En Salud Mental una de las profesionales aclara que lo realiza mediante la entrevista, valorando y poniéndose en contacto con el recurso necesario (E.A.E7).
- Otra de las trabajadoras sociales de Salud Mental señala que dependerá del/la psiquiatra o psicólogo/a (E.S.M2).

En este caso, tan sólo coinciden dos profesionales de Atención Primaria (33%) cuando declaran que dentro de su procedimiento está el preguntar en la entrevista, mientras que en Atención Especializada, otros/as dos profesionales afirman que lo hacen mediante interconsulta (28%). Luego, otros/as dos han señalado que los/as pacientes pueden derivarse por petición personal, familiar o sanitaria. El resto de los/as catorce entrevistados/as responde que lo hace de una forma distinta a los/as demás.

Tabla 4: Realización de un estudio y un plan de intervención para trabajar con el/la usuario/a alcoholdependiente.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	5	83	5	71'4	1	33	11	68'75
No	0	0	2	28'5	2	67	4	25
N.S./N.C.	1	17	0	0	0	0	1	6'25
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4, se puede comprobar que dentro de Atención Primaria, cinco de sus seis entrevistados/as aseguran que tienen esa función dentro de su trabajo (un 83%), frente a una persona que asegura no saberlo o no querer contestarlo (17%). En Atención Especializada, está más dividido, ya que cinco de los/as siete trabajadores/as sociales

sanitarios aseguran que sí realizan esa actividad (un 71%), al contrario que los/as dos restantes que dicen que no les corresponde hacer ese trabajo (el 28%). En Salud Mental, dos de las personas dicen que sí tienen esa función (67%) frente a una asegura que no.

Procedimiento para realizar un estudio y método de intervención para trabajar con la persona con alcoholdependencia.

Haciendo referencia a la pregunta sobre el procedimiento para la realización de un estudio y método de intervención, encontramos que se han obtenido gran variedad de respuestas:

- Realizar un análisis de la demanda, trabajar la motivación por el tratamiento, derivar a un servicio específico y la coordinación es la respuesta obtenida por parte de uno/a de los profesionales de Atención Primaria (E.C.S1).
- Otro de los procedimientos señalados por uno/a de los/as profesionales de Atención Primaria es llevar a cabo trabajo de base (E.C.S2).
- Uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de Primaria aseguran que consiste en realizar valoración, tener reuniones con la UAF, respetar pautas de intervención y deshabitación (E.C.S3).
- El uso de la cartera de servicios es otra de las formas de proceder dentro de Atención Primaria (E.C.S5).
- Si la sistemática lo requiere fue la respuesta que señaló uno/a de los/as entrevistados/as de Atención Primaria (E.C.S6).
- En Especializada, el uso de recursos externos, búsqueda de alternativas y seguimiento fue señalado como procedimiento por parte de uno/as de los/as profesionales (E.A.E2).
- Orientar supone otra de las formas de intervención en Atención Especializada según uno/a de los /as entrevistados/as (E.A.E4).
- Otro/a trabajador/a social sanitario/a de Especializada añadió que derivar al CAD/ONG es el procedimiento que realiza (E.A.E5).
- Llevar a cabo la intervención por demanda fue señalado por un/a entrevistado/a de Atención Primaria (E.C.S4).
- En Salud Mental, poner en contacto con recursos, realizar intervención y hacer entrevistas es otro de los procedimientos que aseguró realizar una de las entrevistadas (E.A.E7).

- Trabajar con los demás profesionales también fue indicado por una de las trabajadoras sociales sanitarias de Salud Mental (E.S.M2).

Se puede comprobar que, de las once personas que respondieron de manera afirmativa a la pregunta anterior, cada una de ellas asegura que lleva a cabo el estudio y plan de intervención de forma diferente. El nivel sanitario en el que trabajen no afectará a esta situación.

Tabla 5: Realización de un método de intervención distinto con la familia de la persona alcoholdependiente.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	3	50	1	14	0	0	4	25
No	3	50	6	86	3	100	12	75
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, se comprueba que: en Primaria, de las seis personas que han participado, tres afirman que sí (50%), mientras que las otras tres responden de forma negativa (50%). En Especializada, se comprueba que más de la mitad de los/as entrevistados/as (un 86%) aseguran que no llevan un método de intervención diferente con los familiares, frente a una sola persona que dice que sí (14%). Y para terminar, en Salud Mental, todos/as los/as participantes contestaron que no realizan esta función de manera distinta.

Forma de llevar a cabo el método de intervención con los familiares de la persona con alcoholdependencia.

Cuatro de los/as profesionales entrevistados fueron los/as que señalaron cómo llevan a cabo el método de intervención con los familiares. Las respuestas fueron las siguientes:

- En Atención Primaria, sólo uno/a de los/as entrevistados/as aseguró que lo hace mediante el Enfoque Familiar Sistémico (E.C.S4).
- En el mismo nivel sanitario, uno/a de los/as profesionales añade que lo hace derivando a otros recursos especializados y realizando trabajo conjunto (E.C.S5).

- Para terminar con Primaria, uno/a de ellos indicó que lo hace dependiendo del caso y del conocimiento del nivel de apoyo familiar (E.C.S6).
- En Especializada uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as asegura que lo realiza llevando a cabo un seguimiento y coordinación (E.A.E2).

Puede apreciarse que, de las personas que contestaron positivamente a la pregunta anterior, cada una de ellas declara que lleva a cabo el procedimiento de diferente manera, independientemente del nivel sanitario al que pertenezca. Sólo Salud Mental se queda sin añadir nada a la pregunta.

Tabla 6: Apoyo y asesoramiento a la persona alcoholdependiente y sus familiares.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	6	100	7	100	3	100	16	100
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Al estudiar la tabla 6, puede verse que el resultado a la pregunta es unánime en los tres niveles de salud, es decir, todos/as afirman que sí apoyan y asesoran al/la usuario/a y sus familiares.

Forma de llevar a cabo el apoyo y asesoramiento a la persona alcoholdependiente y su familia.

Haciendo alusión a la manera de realizar el apoyo y el asesoramiento a la persona con alcoholdependencia y sus familiares, hemos conocido que la mayoría de los/as entrevistados/as aseguran hacerlo de las siguientes formas:

- En Atención Primaria, señaló uno/a de los profesionales que lo realiza mediante apoyo emocional, informando de los recursos y el acceso a los mismos (E.C.S1).
- Uno/a de los/as entrevistados/as asegura que lo lleva a cabo mediante la escucha, la motivación, el refuerzo positivo, la repercusión personal y en su entorno (E.C.S2).
- En Primaria, otro/a de ellos/as añade que lo hace mediante la atención y valoración individual, así como con la búsqueda de compromiso (E.C.S3).
- Mediante la valoración añadió uno/a profesional de Primaria (E.C.S4).

- El/la profesional de Primaria entrevistado/a señaló que lo hace entrevistando, mediante los recursos, escuchando y con apoyo y seguimiento (E.C.S5).
- En el mismo nivel sanitario, otro/a de los/as profesionales indicó que lo hace gracias al diagnóstico inicial y al seguimiento (E.C.S6).
- En Especializada, uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as indican que lo realizan informando de los recursos existentes (E.A.E1).
- Informando y fomentando la participación activa en la recuperación asegura otro/a profesional de Especializada que es su forma de realizarlo (E.A.E2).
- Informando, orientando y asesorando fue la respuesta elegida por uno/a de los entrevistados/as de ese nivel sanitario (E.A.E3).
- Tres de los/as profesionales de Atención Especializada indicaron que lo realizan informando y asesorando (E.A.E 4, E.A.E.6 y E.A.E7).
- Mediante entrevistas es la forma de llevar a cabo esta función según uno/a de los/as profesionales de Especializada (E.A.E5).
- En Salud Mental, una de las entrevistadas aseguró que lo hace informando, asesorando y derivando al CAD correspondiente (E.S.M1).
- Citando e informando fue señalado por una de las trabajadoras sociales sanitarias de Salud Mental (E.S.M2).
- En el mismo nivel sanitario, la última entrevistada aseguró que lo realiza informando, asesorando y derivando (E.S.M3).

En esta pregunta, salvo en el caso de asesorar e informar dentro de Atención Especializada (un 50%), los/as demás entrevistados/as declararon que llevan a cabo la función de maneras diferentes. La mayoría coinciden en que se debe informar y asesorar, pero cada uno/a lo realiza de formas distintas y complementándolo con otras acciones/actividades.

Tabla 7: Fomento de la participación en las actividades preventivas sobre alcoholdependencia por parte del/la usuario/a y sus familiares.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	4	67	4	57	2	67	10	62,5
No	2	33	3	43	1	33	6	37,5
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 puede comprobarse que, diez de los/as dieciséis entrevistados/as (62'5%) aseguran que sí fomentan las actividades sobre prevención. En los tres niveles sanitarios se puede ver que la mayoría de los/as participantes responde de esta forma. Negativamente han respondido seis de los/as profesionales (37'5%), que aseguran que no está entre sus funciones trabajar actividades preventivas.

Proceso para fomentar la participación del/la usuario/a y su familia en las actividades de prevención.

En la pregunta anterior, hemos comprobado que los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as aseguran que lo realizan:

- Informando, valorando, facilitando la participación y contacto con un grupo de autoayuda. Esta fue una de las respuestas señaladas por uno/a de los/as profesionales de Atención Primaria (E.C.S1).
- Uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de Primaria aseguró que lo hace fomentando un estilo de vida saludable (E.C.S2).
- Siguiendo en Primaria, comprobamos que otros/a de los profesionales añadió que lo hace a través de la UAF e informando (E.C.S3).
- Mediante la educación sanitaria e intervención familiar es una de las respuestas añadidas por un/a entrevistado de Primaria (E.C.S5).
- En este mismo nivel sanitario, uno/a de los/as profesionales indicó que lo realiza incorporando a la familia al proceso y motivando al/la paciente (E.C.S6).
- Motivando y apoyando emocionalmente ha sido una de las respuestas añadidas por un/a entrevistado/a de Especializada (E.A.E2).

- Informando fue el procedimiento indicado por uno/a de los/as profesionales de Especializada (E.A.E4).
- La derivación a Atención Primaria es una de las respuestas que indicó una de las trabajadoras sociales sanitarias de Salud Mental (E.S.M1).
- Dos de las personas que fueron entrevistadas en Especializada, añadieron al cuestionario que lo hacen orientando al paciente (E.A.E5 y E.A.E6).
- En Salud Mental, una de las entrevistadas aseguró que lo realiza informando y derivando a otros recursos (E.S.M2).

Esta pregunta nos muestra, que de las diez personas que respondieron de manera afirmativa, la mayoría (salvo dos, un 12'5%), lo hicieron de manera diferente. Estas dos personas que han coincidido en su respuesta (ambas desempeñan su trabajo en Atención Especializada), señalan que lo hacen únicamente informando.

Tabla 8: Informar sobre las prestaciones y recursos de los que dispone la persona con alcoholdependencia y sus familias.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	5	83	7	100	2	67	14	87,5
No	1	17	0	0	1	33	2	12,5
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

A la hora de saber si los/as trabajadores/as sociales sanitarios tienen como función informar sobre prestaciones y recursos a la persona alcoholdependiente y sus familiares, podemos comprobar, en la tabla 8 que, en los tres niveles sanitarios la mayoría de ellos aseguran que sí (87'5%). En Primaria, cinco de los/as seis profesionales contestan de forma afirmativa (83%), frente a uno/a que responde negativamente. En Especializada, la respuesta afirmativa es unánime mientras que en Salud Mental, dos de las tres entrevistadas (67%) contestan positivamente frente a una de ellas que asegura que no es una de sus funciones (33%).

En qué consisten y cuáles son los recursos y prestaciones disponibles para las personas alcoholdependientes y su familia.

En relación a la pregunta de la tabla anterior, se han recogido las siguientes respuestas por parte de los/as entrevistados/as:

- En Atención Primaria, uno/a de los profesionales/as indica que para asesorar a los/as pacientes y sus familias lo hacen mostrando recursos, su acceso y las características a cumplir para ello (E.C.S1).
- Otro/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as asegura que les asesoran en todo lo relacionado con la protección social (E.C.S2).
- Un/a entrevistado/a de Primaria asegura hacerlo mediante la exploración (E.C.S4).
- Informando es otro de los métodos que asegura realizar uno/a de las personas entrevistadas en Atención Primaria (E.C.S5).
- En el mismo nivel sanitario, otro/a profesional asegura que lo realiza desde un nivel básico y general (E.C.S6).
- En Especializada, el/la entrevistado/a asegura que trabaja informando sobre PNC, casas de acogida, invalidez, discapacidad, entidades públicas... (E.A.E1).
- Encontramos un/a trabajador/a social sanitario/a que aclara que lleva a cabo esta función orientando y trabajando con el CAD correspondiente (E.A.E2).
- En Especializada asegura una de las personas entrevistadas que lo realiza informando sobre PNC, minusvalía, recursos específicos, UHTD... (E.A.E3).
- CAD, ONG's, Proyecto Drago y recursos privados son algunos de las opciones de las que informan dos de los/as entrevistados en Especializada (E.A.E4 y E.A.E6).
- En este mismo nivel sanitario, una de las personas entrevistadas afirma que lleva a cabo esta función informando de los recursos (E.A.E5).
- Mediante el diagnóstico, la valoración de recursos, el análisis y la orientación asegura realizarlo uno/a de los/as profesionales de Especializada (E.A.E7).
- En Salud Mental, una de las personas entrevistadas realiza esta función gracias a las prestaciones económicas básicas. También lo hace informando y derivando (E.S.M1).
- Una de las entrevistadas de Salud Mental asegura que lleva a cabo esta labor informando sobre PNC y dependencia (E.S.M2).

Puede verse reflejado que, de las catorce personas que contestaron de manera afirmativa, cada una de ellas, salvo dos (12'5%), contesta de forma diferente. Estas personas que coinciden en su respuesta forman parte de Atención Especializada y

aseguran que los recursos usados con más frecuencia son CAD, ONG, Proyecto Drago y algunos recursos privados.

Tabla 9: Modificación del método de intervención.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	5	83	5	71	3	100	13	81,25
No	0	0	1	14	0	0	1	6,25
N.S./N.C.	1	17	1	14	0	0	2	12,5
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, puede comprobarse que en los tres niveles sanitarios, la mayoría de los/as entrevistados/as responden de manera afirmativa (el 81'25%). En el caso de Primaria y Especializada, se encuentran dos personas (una en cada nivel) que afirman no saber o no querer contestar a la pregunta. En Especializada encontramos también, que uno/a de los/as profesionales afirma que no puede (un 14%). Para terminar, en Salud Mental, las tres trabajadoras sociales sanitarias aseguran que sí que puede modificarse.

Situaciones en las que se puede modificar el método de intervención.

Al preguntar a los/as entrevistados por la posibilidad de modificar el método de intervención, las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

- Dentro de Atención Primaria, uno/a de los/as entrevistados/as asegura que lo hace gracias a la captación de profesionales (E.C.S2).
- Otro/a profesional de este nivel sanitario señala que esto sucede cuando existe un incumplimiento de tratamiento por parte del/la paciente (E.C.S3).
- Uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de Primaria asegura que dependerá de la persona tratada (E.C.S4).
- En Primaria, otro/a de los/as entrevistados/as afirma que lo hace evaluando y valorando (E.C.S5).
- Uno/a de los/as profesionales de Primaria aseguró que lo lleva a cabo si se dan las condiciones (E.C.S6).
- En Atención Especializada, uno/a de las personas entrevistadas asegura que lo realiza en caso de mejora del/la paciente (E.A.E1).

- Uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as entrevistados/as afirma que dependerá del paciente, sus características y familia (E.A.E3).
- Tres de los/as entrevistados/as indicaron que lo llevan a cabo por demanda del/la paciente y su familia (E.A.E4, E.A.E5 y E.A.E6).
- Dentro de Salud Mental, una de las entrevistadas asegura que lo realiza en situaciones de apoyo (E.S.M1).
- Otra de las trabajadoras sociales sanitarias de Salud Mental indicó que dependerá de cómo se presente la situación (E.S.M2).
- Para llevar a cabo esta función, la última profesional de Salud Mental asegura que lo realiza sólo si es demandado (E.S.M3).

Se puede comprobar que, de las trece personas que han respondido de manera afirmativa, todas señalan una respuesta diferente, salvo tres (un 18'75%) que pertenecen a Atención Especializada y que afirman que será en base a la demanda del/la usuario/a y sus familiares.

Tabla 10: La disminución del riesgo de que el/la usuario/a enferme como función preventiva.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	5	83	4	57	2	67	11	68,75
No	1	17	3	43	1	33	5	31,25
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, podemos comprobar que en los tres niveles de salud la mayoría de los/as entrevistados/as han respondido que sí trabajan para disminuir el riesgo de enfermedad del/la usuario/a (el 68'75%). En Atención Primaria, cinco de seis personas han contestado que sí (83%) frente a una que declara que no lo hace. En Especializada, cuatro de siete (57%) afirman que sí trabajan este tipo de prevención, mientras que tres declaran que no lo llevan a cabo (43%). Para finalizar, dentro de Salud Mental, dos de las tres participantes, afirman que sí trabajan preventivamente para que la calidad de vida del/la usuario no empeore (67%).

Procedimiento.

El riesgo de que el/la paciente enferme o vuelva a hacerlo es una de las preocupaciones de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/os. Por ello, trabajan para que las consecuencias sean menores o para que esto no ocurra. Al preguntarles por cómo llevan a cabo esta función preventiva, las respuestas obtenidas han sido:

- Uno/a de los/as profesionales de Atención Primaria asegura que lleva a cabo este proceso trabajando la protección de la salud (E.C.S2).
- Otro/a de los/as entrevistados/as asegura que lo realiza indicando prejuicios de consumo, trabajando el refuerzo positivo y orientando a recursos (E.C.S3).
- En Primaria, uno/a de los/as trabajadores/as sociales sanitarios afirma que lo realiza formando parte del equipo sanitario y trabajando para evitar las recaídas (E.C.S4).
- Uno/a de los profesionales de Primaria asegura que lo realiza comunicándose desde pediatría (E.C.S5).
- En ese mismo nivel sanitario, uno/a de los entrevistados/as indicó que lo realiza combatiendo efectos y convenciendo al/la paciente de mejorar su estado de salud (E.C.S6).
- Hablando y motivando señala uno/a de los/as profesionales de Primaria (E.A.E7).
- Dentro de Atención Especializada, un/a entrevistado/a asegura realizarlo gracias a la realización de un análisis previo (E.A.E4).
- Apoyando el dictamen facultativo y orientando hacia una vida saludable indica otro/a de los/as profesionales de Especializada (E.A.E5).
- En ese mismo nivel sanitario, otro/a trabajador/a social sanitario/a añadió que lo realiza informando, controlando y con intervención familiar (E.A.E7).
- En Salud Mental, una de las entrevistadas asegura que lo realiza valorando las alternativas y eligiendo la más favorecedora (E.S.M1).
- Una de las entrevistadas de este nivel sanitario indicó que lo hace sólo informando (E.S.M2).

Las once personas que respondieron de forma positiva, han declarado que llevan a cabo esta función de una forma diferente a la de sus compañeros/as. Por lo que, todas las respuestas que se han obtenido son distintas entre sí.

Tabla 11: Asesorar para mejorar la calidad del vida del/la usuario/a como función preventiva.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	5	83	7	100	2	67	14	87,5
No	1	17	0	0	1	33	2	12,5
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Si se analiza la tabla 11, se comprueba que, de los/as dieciséis entrevistados/as, catorce de ellos/as aseguran que sí asesoran al/la usuario/a para que mejoren su calidad de vida, considerándola una de sus funciones más importantes (un 87'5%). Sólo dos personas (de Primaria y de Salud Mental) afirman que no forma parte de sus funciones realizarlo.

Forma en la que asesora al/la usuario/a para mejorar su calidad de vida.

Mejorar la calidad de vida del/la usuario/a es una de las funciones imprescindibles de los/as trabajadores/as sociales sanitarios. Asimismo, las respuestas obtenidas aclararon que:

- Uno/a de los/as profesionales de Primaria asegura que su forma de llevar a cabo esta función es afrontando las situaciones y motivando al/la paciente (E.C.S2).
- En Atención Primaria, otro/a de los/as entrevistados señala que lo hace indicando recursos y apoyos, asesoramiento y ayudas (E.C.S3).
- Coordinándose con el personal sanitario es una de las maneras de realizarlo que afirma el/la trabajador/a social sanitario/a de Primaria (E.C.S4).
- Otro/a de los/as profesionales asegura que lo lleva a cabo realizando un seguimiento y asesorando sobre los recursos disponibles (E.C.S5).
- En ese nivel sanitario, uno/a de ellos/as indica que lo realiza ayudando a ayudarse a sí mismos/as, motivando a la persona alcoholdependiente (E.C.S6).
- Informando, derivando y orientando es la manera de realizar esta función que indica otro/a de los/as profesionales de Atención Especializada (E.A.E1).
- Uno/a de los/as entrevistados/as afirma que lo realiza buscando el bienestar del/la paciente (E.A.E2).
- En Especializada, un/a de los/as profesionales afirma que lo lleva a cabo asesorando al/la paciente, gestionando y tramitando recursos (E.A.E3).

- Asesorando es otra de las maneras de realizar esta función que indican dos de los/as profesionales de Primaria (E.A.E4 y E.A.E5).
- Para terminar con este nivel sanitario, uno/a de los/as entrevistados/as añadió que lo realiza haciendo seguimiento y apoyando en la toma de decisiones del/la paciente (E.A.E6).
- En Salud Mental, una de las trabajadoras sociales sanitarias añadieron que lo hacen mediante programas preventivos del Servicio Canario de Salud (E.S.M1).
- Entrevistando, animando, guiando y orientando hacia los recursos es la respuesta obtenida por una de las profesionales de Salud Mental (E.S.M2).

En esta pregunta, cada uno/a de los/as profesionales ha vuelto a responder de manera diferente a los/as demás. Por lo que, sólo dos entrevistados/as de Atención Especializada (12'5%) coinciden en que el asesoramiento es la técnica fundamental que usan para ayudar a aumentar la calidad de vida del/la usuario/a.

Tabla 12: Coordinación con el equipo de trabajo sanitario.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	6	100	7	100	3	100	16	100
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12, se puede comprobar que los/as dieciséis participantes han contestado con un sí rotundo a la pregunta sobre si se encuentra entre sus funciones el coordinarse con el resto del equipo sanitario. Es más, la mayoría de ellos/as comentaban que es una de las funciones más importante que tienen.

Finalidad de la coordinación con el equipo de trabajo sanitario.

Analizando la pregunta anterior, comprobamos que se han obtenido una gran variedad de respuestas sobre la finalidad de coordinarse con el equipo de trabajo sanitario, tales como:

- Dentro de Primaria, se encuentra un/a profesional que asegura que la finalidad es el abordaje integral y la valoración de derivación a recursos (E.C.S1).
- Trabajar para la salud y aumentar la motivación del/la paciente es otra de las respuestas obtenidas por un/a de las personas entrevistadas (E.C.S2).

- Otra de la finalidad señalada en Primaria ha sido pautar las intervenciones y la búsqueda de colaboración (E.C.S3).
- En ese nivel sanitario, otro/a trabajador/a social sanitario/a asegura que lo realiza para adecuar las intervenciones (E.C.S4).
- Manteniendo el contacto y trabajando de forma continuada ha sido otra de las respuestas obtenidas en Atención Primaria (E.C.S5).
- Uno/a de los/as profesionales señaló que tener un objetivo común forma parte de esta finalidad (E.C.S6).
- En Especializada, dos de los/as entrevistados/as aseguraron que la finalidad es mejorar la situación socio-sanitaria del/la paciente (E.A.E1 y E.A.E2).
- Otras dos personas de este nivel sanitario añadieron que lo realizan debido a la planificación del alta hospitalaria (E.A.E3 y E.A.E6).
- La prevención, el tratamiento de normalización y la integración social fue una de las respuestas de dos de los/as personas entrevistadas (E.A.E4 y E.A.E7).
- Gracias a un equipo multi e interdisciplinar puede realizar este procedimiento otro/a de los/as entrevistados/as de Especializada (E.A.E5).
- En Salud Mental, la derivación, las estrategias de intervención y objetivos marcados son la finalidad según una de las entrevistadas (E.S.M1).
- Otra de las trabajadoras sociales sanitarias aseguró que la finalidad es el trabajo conjunto y el logro de los objetivos fijados (E.S.M2).
- La última entrevistada de este nivel sanitario indica que lo realiza con la finalidad de coordinarse (E.S.M3).

Analizando esta pregunta, se puede ver que prácticamente todos/as los/as profesionales/as responden de formas diferentes los/as unos/as de los/as otros/as. Únicamente en Especializada, varios/as de ellos/as coinciden en varias respuestas (12'5% cada opción)

Procedimiento de coordinación con el equipo sanitario.

Una vez conocida la finalidad de la coordinación con el resto del equipo sanitario, se preguntó por cómo lo realizan. Las respuestas que se obtuvieron fueron las siguientes:

- Dentro de Atención Primaria, dos de las personas entrevistadas indican que lo realizan mediante interconsultas (E.C.S1 y E.C.S4).

- Uno de los procedimientos señalado por uno/a de los/as profesionales es mediante estudio de problemas de salud (E.C.S2).
- Uno/a de los/as entrevistados/as añadió que lo lleva a cabo con reuniones y gestión de la UAF así como con seguimiento al/la paciente (E.C.S3).
- En Primaria, otro/a de los/as profesionales asegura que lo realiza con trabajo continuado (E.C.S5).
- Con la búsqueda de tiempo y espacio así como creando condiciones de confianza es cómo realiza la coordinación sanitaria otro/a de los/as entrevistados/as en Primaria (E.C.S6).
- Dentro de Atención Especializada, uno/a de los/as trabajadores/as sociales asegura que lo realiza mediante interconsulta y trabajando en equipo (E.A.E1).
- Coordinándose con los recursos disponibles fue otra de las respuestas señaladas en Especializada (E.A.E2).
- En ese mismo nivel sanitario, uno/a de ellos/as indicó que lo realiza mediante interconsulta con la historia social y con comunicación familiar (E.A.E3).
- Gracias al protocolo de actuación conjunta fue la respuesta por parte de uno/a de los/as entrevistados/as de Especializada (E.A.E4).
- En Especializada, uno/as de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as indicó que lo realiza mediante entrevistas (E.A.E5).
- Una de las personas entrevistadas señaló que esta función la lleva a cabo con entrevistas y reuniones de equipo (E.A.E6).
- Trabajando con la familia y el/la paciente fue una de las respuestas de uno/a los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de Especializada (E.A.E7).
- En Salud Mental, una de las entrevistadas asegura que lo realiza derivando e interviniendo así como viendo objetivos propuestos (E.S.M1).
- Otra de las formas de llevarlo a cabo en este nivel sanitario es mediante reuniones, llamadas y coordinación con los recursos disponibles (E.S.M2).
- Mediante teléfono o fax es una de las maneras de realizarlo por parte de una de las entrevistadas de Salud Mental (E.S.M3).

Para explicar cuál es el procedimiento que realiza para la coordinación, se muestra que, cada uno/a de ellos/as lo realiza de manera diferente al resto. Es decir, según los resultados obtenidos, no se señala una forma común para llevar a cabo esta actividad.

Tabla 13: Se ejerce otras funciones que no hayan sido nombradas.

	A. Primaria		A. Especializada		Salud Mental		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	4	67	0	0	0	0	4	25
No	2	33	6	86	3	100	11	68,75
N.S./N.C.	0	0	1	14	0	0	1	6,25
TOTAL	6	100	7	100	3	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

De la tabla 13 se puede concluir que, en Atención Primaria cuatro de las seis personas entrevistadas (67%) afirman tener más funciones de las ya nombradas en el cuestionario, al contrario que Salud Mental que nos indican los/as profesionales que no. En el caso de Atención Especializada, seis de las siete personas participantes (86%) afirman que no tienen más funciones y una de ellas declara que no lo sabe o no quiere contestar a la pregunta.

Funciones que se llevan a cabo y que no han sido nombradas.

En relación a esta pregunta, las respuestas obtenidas han sido pocas debido a que sólo cuatro entrevistados/as señalaron que sí tienen más funciones además de las indicadas. Son las siguientes:

- En Atención Primaria, una de las personas entrevistadas aseguró que organiza actividades de prevención escolar (E.C.S1).
- Asesorar, orientar y trabajar la ayuda mutua, así como gestionar el voluntariado fue una de las respuestas obtenidas en Primaria (E.C.S2).
- En ese mismo nivel sanitario, trabajar las aulas de salud y el trabajo comunitario son funciones que indicó realizar uno/a de los/as entrevistados/as (E.C.S5).
- En Primaria también, uno/a de los/as profesionales indicó que fomenta la promoción y prevención de la salud (E.C.S6).

Las cuatro personas que han indicado que tienen otras funciones definen una actividad distinta. Los/as entrevistados/as que han señalado esto, son todos/as del nivel Primario de salud.

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para comenzar, el objetivo general que se ha perseguido durante toda la investigación ha sido:

O.G: Conocer las funciones y el método de intervención de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as del Servicio Canario de Salud en la atención a las personas con alcoholdependencia.

Se puede afirmar con seguridad que ha sido conseguido. Gracias a las respuestas de todos/as los/as profesionales que fueron entrevistados/as, ha podido realizarse un esquema de las funciones que realizan y cómo las llevan a la práctica.

Al comienzo de este trabajo de fin de grado, se ha realizado una revisión teórica general centrada en las funciones de los/as profesionales. Gracias al mismo, podemos comprobar que éstas no distan de las obtenidas del estudio realizado. Es decir, las funciones coinciden en que se debe asesorar, orientar, trabajar y coordinarse con el equipo sanitario, llevar a cabo prevención, y como no, trabajar para mejorar la salud y calidad de vida del/la usuario/a y de sus familiares.

Por otra parte, en relación a los objetivos específicos se puede señalar:

O.E1: Conocer las funciones que desarrollan los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as (en Atención Primaria, Especializada y Salud Mental) en la atención a los/as usuarios/as dependientes al alcohol y sus familias.

Dentro de la entrevista que fue realizada, había preguntas concretas sobre las funciones que tienen los profesionales en lo que a la atención se refiere. Todos/as supieron contestar de manera coherente y satisfactoria pudiendo concluir cuáles son. También se les preguntó cómo actúan con los familiares, si es de forma grupal o individual. En este caso hubo disparidad de opiniones pero la mayoría de las personas colaboradoras aseguraron que no trabajan de manera diferente con la familia, sino en conjunto.

Por lo que se puede concluir que este objetivo también ha sido alcanzado, ya que efectivamente, dependiendo del nivel sanitario en el que se intervenga, las funciones de los/as profesionales cambiarán. En los tres niveles sanitarios y en el contexto teórico sí se coincide en que el trabajo junto con el entorno familiar es básico y muy importante para la total recuperación del/la paciente alcoholdependiente.

O.E2: Entender cómo se produce la coordinación entre los trabajadores/as sociales sanitarios/as con el resto del equipo de trabajo sanitario.

Una de las preguntas más relevantes fue la relativa a la coordinación con el resto del equipo sanitario, a la que todos/as los entrevistados/as contestaron que sí existe y que es una de sus funciones más importantes. Cada uno de ellos/as explicó de manera detallada cómo la llevan a cabo, viéndose reflejado en la tabla correspondiente en el apartado cinco. Por lo tanto, este objetivo también ha sido conseguido.

Gracias al estudio teórico previo, se ha podido ver que la coordinación con el resto de los profesionales sanitarios es esencial y si la misma no se lleva a cabo de una manera eficaz, la recuperación de la persona alcoholdependiente no será la correcta. Es un objetivo que tiene que conseguirse en equipo, aportando cada uno/a de ellos/as su granito de arena. Es por ello que la coordinación debe ser fluida y organizada.

O.E3: Saber si los/as profesionales del Trabajo Social cuentan con un protocolo específico cuando atienden a personas alcoholdependientes.

Efectivamente, todos/as señalan que tienen un protocolo específico a seguir. Algunos/as se remiten a planes y leyes, etc.... Pero lo importante es que saben que tienen un documento al que acudir y por el que guiarse en caso de dudas.

La teoría estudiada ha dejado ver que los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario tienen una guía por la que regir sus actuaciones y en el caso de Canarias, existe un documento específico de apoyo para Atención Primaria únicamente, teniendo que acudir a otros textos los/as profesionales de Salud Mental y Atención Especializada. Normalmente, cada CCAA redacta uno en base a las necesidades y características de la región, pero de las que han sido revisadas, coinciden en la mayoría de los aspectos.

O.E4: Conocer cuál o cuáles son los métodos de intervención que llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as en la atención a la alcoholdependencia.

En esta parte de la entrevista, se obtuvieron respuestas muy dispares, ya que cada uno/as de los trabajadores/as sociales sanitarios/as que fueron entrevistados/as, aseguraron realizarlo de manera diferente los/as unos/as de los/as otros/as. Por lo que, el objetivo se ha cumplido pero llama la atención la falta de unificación en los métodos de intervención profesional.

Si analizamos la teoría, se comprueba que no existe un método definido en concreto, estando claro que dependerá siempre de cada caso y de la forma de trabajar del/la

profesional. En lo que se refiere a la prevención, no ha podido llevarse a cabo una comparación con la teoría debido a que muchos/as de los/as entrevistados/as no dieron detalles precisos de cómo la llevan a cabo. Aún así, se guiarían por unas pautas básicas que sí han sido indicadas en la revisión teórica.

O.E5: Comprender cómo actúan los/as profesionales del Trabajo Social en la prevención de la alcoholdependencia.

Este objetivo también ha sido conseguido debido a que, al haber preguntas concretas sobre las actividades preventivas, ha podido conocerse cómo trabajan en esta parte de sus funciones. La mayoría de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as que colaboraron, contestaron de manera afirmativa y explicaron cómo la realizan.

Como se aclaraba en el objetivo anterior, si se hace una relación de lo que se trató con los/as entrevistados/as con la teoría que se ha añadido para este estudio, vemos que se vuelven a cumplir las líneas generales de prevención.

O.E6: Conocer qué tipo actividades llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as para la prevención de la alcoholdependencia y hacia qué población se dirige.

Siguiendo con la prevención, vemos que en otra de las cuestiones se preguntó por cómo la llevan a cabo y qué actividades realizan. Todos/as contaron anécdotas y la manera en la que realizan las actividades, pero también hablaron sobre la población a la que se dirige. Igualmente, trabajan para mejorar la calidad de vida de las personas alcoholdependientes y sus familias así como para disminuir el riesgo de que enfermen. Algunos/as de los colaboradores/as aseguraron que también realizan prevención escolar.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Tal y como se ha podido comprobar gracias al apartado anterior, los objetivos de este estudio se han cumplido en su totalidad. Cada uno de ellos ha sido obtenido gracias a las preguntas realizadas con el cuestionario y la colaboración de los/as profesionales entrevistados/as, obteniendo así, los resultados deseados y buscados por parte de la alumna.

Por otro lado, ha de tenerse en cuenta que han sido realizados sólo dieciséis cuestionarios, debido a varias razones:

- Vacaciones por parte de una de las trabajadoras sociales sanitarias de Atención Primaria.
- Negación a colaborar de una de las trabajadoras sociales sanitarias de Salud Mental.
- Falta de tiempo para la atención y reunión con la alumna de dos de las trabajadoras sociales sanitarias de Atención Primaria. Esto fue debido a la gran saturación de trabajo que tenían, pero sí mostraron interés por colaborar.

Las conclusiones que se desprenden del procedimiento de investigación son:

Hay que destacar la buena predisposición y amabilidad de los/as personas entrevistadas que, salvo una de ellas, se mostraron desde el principio interesadas en colaborar y aún estando sobresaturados/as de trabajo, ofrecieron un pequeño espacio de su tiempo para realizar la entrevista. Se debe valorar también, el interés general que presentaron todos/as en la materia elegida para la investigación (alcoholdependencia), considerándola de básico desarrollo en el campo sanitario. Sin lugar a dudas, este ha sido un gesto a valorar muy positivamente por parte de la alumna, ya que en todo momento se ha sentido cómoda con los/as profesionales colaboradores/as.

También debe resaltarse la labor tan importante y completa que realizan los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as que fueron entrevistados/as, los/as cuales mostraron documentación, formas de trabajar, compartieron anécdotas, etc. para explicar cuál es su método de trabajo, de qué manera lo llevan a cabo. Es fundamental destacar las habilidades sociales que poseen los/as profesionales, básicas para poder

desempeñar sus funciones de una manera correcta. En concreto, estas destrezas deben entrenarse para saber enfrentarse a muchas de las situaciones a las que están expuestos/as y con las que tienen que trabajar.

En general, pudo comprobarse que a las funciones que desempeñan se les debe destinar tiempo y dedicarle mucho trabajo. El mismo será una labor a largo plazo. El mismo debe realizarse junto con la persona alcoholdependiente, basado en su demanda y en sus necesidades, tanto las de él/ella como de su familia, parte fundamental del tratamiento.

Analizando el perfil sociodemográfico y en referencia al sexo, se comprobó que dos de las dieciséis personas entrevistadas fueron hombres, por lo que, la mayoría han sido mujeres. Esto es un dato que debe resaltarse, ya que muestra que existe una gran feminización en la profesión, sobre todo en las promociones de las personas que colaboraron. Afortunadamente, esto ocurre cada vez menos, pudiendo comprobarse en las actuales promociones de la titulación.

Otra de las cosas que se han concluido de este estudio, es la falta de formación específica de los/as profesionales. Por un lado, ninguno/a de ellos/as tiene formación concreta en sanidad (existe actualmente un máster de Trabajo Social Sanitario) y por otro, la mayoría de los/as entrevistados/as afirmaron que no tienen formación en drogodependencias ni en alcohol. Esto no es beneficioso para ellos/as ni para los/as usuarios/as que atienden. Sin duda, es necesario seguir ampliando la formación para así poder ofrecer unos servicios completos y adecuados a las demandas que se puedan presentar.

Aunque la mayoría de los/as entrevistados/as señalaban que sí forma parte de sus funciones trabajar la prevención, los que la llevaban a cabo reconocían que es una de las que menos desarrollan en su día a día. Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as conocen bien cuáles son las consecuencias del consumo de drogas, por lo que el desarrollo de esta función consideramos que debería ser mayor.

Otra de las conclusiones es que la comunicación y coordinación con los demás profesionales sanitarios y recursos externos funciona correctamente. Se señala que los medios usados y la profesionalidad existente hacen que puedan realizar sus funciones de la mejor manera posible y conseguir el mayor bienestar para los/as pacientes y sus familiares. Todo puede mejorarse, pero la relación profesional existente, muestra que

trabajan en equipo y que su coordinación es muy eficaz. Esto sin embargo, es curioso ya que todos/as los/as profesionales afirmaron tener una buena coordinación, pero los resultados que se han obtenido muestran que cada uno/a de ellos/as la realiza de manera distinta a los/as demás, algo que en realidad no tiene mucho sentido.

Además de las conclusiones generales del estudio, se debe mostrar los comentarios y quejas expresadas por parte de los/as entrevistados/as.

Todos/as hablaban de la gran saturación de trabajo que tienen. Los/as mismos/as comentaban la falta de recursos, tanto internos como externos, las escasas ayudas económicas y materiales, así como de la falta de conocimiento de su trabajo por parte de la sociedad en general. Añaden que existe una gran demanda de recursos y ayudas y que actualmente, no se invierte en ello, provocando que no puedan ofrecer un buen servicio para así mejorar la calidad de vida de los/as usuarios/as a los que atienden.

La falta de recursos específicos sobre alcoholdependencia, fue otra de las quejas que expresaron. Sin duda es un grave error porque si no se destina más dinero a recursos sociales, las situaciones de los/as usuarios/as no va a mejorar. Por lo que, la crítica iba dirigida hacia las políticas sociales insuficientes que existen en la actualidad.

Para terminar con las disconformidades que transmitieron a la alumna, se encuentra la falta de contratación de personal cualificado. Explican que tienen mucho trabajo, que tienen que hacer horas extras que no son pagadas (además de las horas paulinas) y que las instalaciones son insuficientes. Todo esto provoca que haya saturación de pacientes en las consultas, con las consecuencias que ello conlleva. Por lo tanto, expresan su disconformidad con esta situación, y exigen que se ofrezcan más puestos de trabajadores/as sociales sanitarios/as. En definitiva, es necesario que se cree más trabajo para poder mejorar estos servicios.

Para finalizar con estas conclusiones, es esencial comentar lo que ha supuesto esta investigación para la alumna. Además del conocimiento que ya lleva implícito un trabajo de estas dimensiones, ha sido un avance en independencia (debido a que toda la carrera se ha trabajado grupalmente), trabajo continuo así como crecimiento educativo y personal. Esto, aparte de ser positivo para su persona, también lo es para su futura carrera profesional, ya que la misma quiere seguir su formación en el ámbito sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M^a C., Armas, J., García, M^a E., Gil, A., Hernández, C. y Jiménez, M^a C. (2004). *Documento marco. Rol profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud*. Canarias: Servicio Canario de Salud.
- Abreu, M^a C. (2009). *El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud*. Recuperado en Enero de 2014 de <http://enfermeros.org/revista>
- Alonso, C., Salvador, T., Suelves, J., Jiménez, R., Martínez, I. (2004). *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Madrid: Centro de estudios sobre promoción de la salud.
- ARBA (2009). *Guía para un uso responsable de bebidas alcohólicas para consumidores habituales (no dependientes)*. Junta de Castilla y León. León: Orbigraf
- ARBA (2010). *Manual de autoayuda para consumidores dependientes de las bebidas alcohólicas*. Junta de Castilla y León. León: Orbigraf
- Campoy, J. y Gomes, E. (2009). *Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos*. EOS
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Colom, D. (2008). *El diagnóstico Social. Trabajadores Sociales de Vigo en las unidades de tratamiento de conductas adictivas*. Vigo: ISSIS.
- Cruz Roja Española (2010). *Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España.
- Díaz, E., Díaz-Fáez, C., Suárez, D., Villazón, J. y Casero, M. (2002). *Trabajo Social en el sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK
- EDADES (2011). *Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- ESTUDES (2012-2013). *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

- Fernández, T., Vázquez, O., y De Lorenzo, R. (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Garcés, E. (2010). *El Trabajo Social en Salud Mental. Cuadernos de Trabajo Social*. Universidad de Zaragoza.
- Gómez, C. y Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Madrid: Eunate.
- Gradillas, V. (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga: Algibe.
- Gobierno de Canarias (2010). III Plan Canario sobre Drogas. Recuperado en abril de 2014 de <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20100702IIIplancanariosd.pdf>
- INSALUD. (2000). *Guía de organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ISTAC (2009). *Encuesta de salud en Canarias: Hábitos de vida*. Recuperado en abril de 2014 de <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-web/tabla.do>
- Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud*. Zaragoza.
- Izquierdo, J., Torres, R., Martínez, L. (2011). *Estado de bienestar y Trabajo Social*. Madrid: UNED.
- Junta de Castilla y León. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones del profesional del trabajo social sanitario*. Castilla y León: Sacyl.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. World Health Organization.
- Monrós, M^a J., y Zafra, E. (2012). *Guía de intervención de trabajo social sanitario*. Valencia: Generalitat Valenciana y Agencia Valenciana de Salut.
- National Institute Drugs Abuse (2011). *NIDA*. Estados Unidos. Recuperado en Abril de 2014 de <http://www.drugabuse.gov/es/acerca-del-nida/programa-internacional-del-nida>
- Organización Mundial de la Salud (2010). Recuperado en abril de 2014 de <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Recuperado en Mayo de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

- Palacios, E., Villazón, J., Casero, M., Suárez, D., Díaz-Fáez, C. (2002). *Trabajo Social en el Sistema Público Sanitario. Balance, análisis y perspectivas*. Servicio de Salud del Principado de Asturias: KRK.
- Pascual, F. y Guardia, J. (2008). *Monografía sobre el alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pascual, F. y Velasco, A. (coords). (2012) *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Valencia: FARE.
- Rodríguez, J. y Gómez, J. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, J.A. (2013). Recuperado en Julio de 2014 de <http://practicadocentemexico.blogspot.com.es/2013/03/metodos-de-investigacion-mixto-un.html>
- Servicio Extremeño de Salud. (2007) *Organización y funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud*. Extremadura: Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura

ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD DE LA ZONA METROPOLITANA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE Y LA LAGUNA

El siguiente cuestionario ayudará a la investigación sobre las funciones y el método de intervención de los/as trabajadores/as sociales sanitarios en la prevención y la atención a las personas con alcoholdependencia.

Muchas gracias por su colaboración.

Lugar de trabajo:

Localidad:

1. Sexo

- Hombre
- Mujer
- N.S/N.C.

2. Edad

- 21- 35 años
- 36- 50 años
- 51- 65 años
- + de 65 años
- N.S/N.C.

3. Nivel de estudios

- Diplomado/Graduado en Trabajo Social
- Otros estudios universitarios (Indicar):
- N.S/N.C.

4. Cargo laboral

- Trabajador/a Social Sanitario
- Coordinador/a
- Otro:
- N.S/N.C.

5. Formación en alcoholdependencia

- Máster universitario
- Experto universitario
- Cursos / Jornadas
- Ninguna
- N.S/N.C.

6. Duración de la jornada laboral

- Completa
- Media
- Por horas
- N.S/N.C.

7. Tipo de contrato

- Indefinido
- Temporal
- Otros (Indicar):
- N.S/N.C.

8. ¿Están recogidas en un protocolo específico sus funciones como trabajador/a social sanitario?

- Sí
- No

N.S./N.C.

9. ¿Dónde?

10. Indique si su método de intervención está regido por un diagnóstico social previo.

Sí

No

N.S/N.C

11. En caso afirmativo, ¿En qué consiste el mismo?

12. ¿Está entre sus funciones identificar situaciones de riesgo social causadas por la alcoholdependencia del/la usuario/a?

Sí

No

N.S/N.C

13. Por favor, explique el procedimiento si corresponde.

14. ¿Tiene como función realizar un estudio y un plan de intervención para trabajar con el/la usuario/a alcoholdependiente?

Sí

No

N.S/N.C

15. Explíquelo, por favor.

16. Con la familia de la persona alcoholdependiente, ¿Lleva a cabo un método de intervención distinto?

Sí

No

N.S/N.C

17. En caso afirmativo, ¿Cómo lo realiza?

18. Proporcionar apoyo y asesoramiento a la persona alcoholdependiente y sus familiares, ¿Se encuentra entre sus funciones?

Sí

No

N.S/N.C

19. En caso afirmativo, ¿Cómo lo lleva a cabo?

20. Dentro de la prevención en la alcoholdependencia, ¿Fomenta que el/la usuario/a y sus familiares participen en las actividades destinadas para ello?

Sí

No

N.S/N.C

21. En caso afirmativo, ¿Cómo lo hace?

22. ¿Tiene como función informar sobre prestaciones y recursos de los que dispone la persona con alcoholdependencia y sus familias?

Sí

No

N.S/N.C

23. Explique de manera breve en qué consiste y cuáles son:

24. ¿El método de intervención con el/la usuario/a alcoholdependiente puede ser modificado?

Sí

No

N.S/N.C

25. ¿En qué situaciones?

26. Como función preventiva, ¿Trabaja para disminuir el riesgo de que el/la usuario/a enferme y las consecuencias que esto conlleva?

Sí

No

N.S/N.C

27. ¿De qué manera?

28. Dentro de la función preventiva ¿Realiza asesoramiento para mejorar la calidad de vida del usuario/a?

Sí

No

N.S/N.C

29. En caso afirmativo, ¿De qué manera?

30. ¿Se encuentra entre sus funciones el coordinarse con el equipo de trabajo sanitario?

Sí

No

N.S/N.C

31. En caso afirmativo, ¿Con qué finalidad?

32. ¿Cuál es el procedimiento?

33. ¿Tiene otras funciones que no hayan sido nombradas anteriormente?

Sí

No

N.S/N.C

34. ¿Cuáles?

