

Método de *casework*. Intervención individual

Dolors Colom Masfret

PID_00206358

Índice

Introducción.....	5
1. Principales familias en los procedimientos [métodos] de intervención desde el trabajo social sanitario.....	11
1.1. El procedimiento de trabajo social sanitario de caso, el <i>casework</i>	14
1.1.1. Modelos de intervención en el <i>casework</i>	24
2. Reflexión final.....	28
Bibliografía.....	29

Introducción

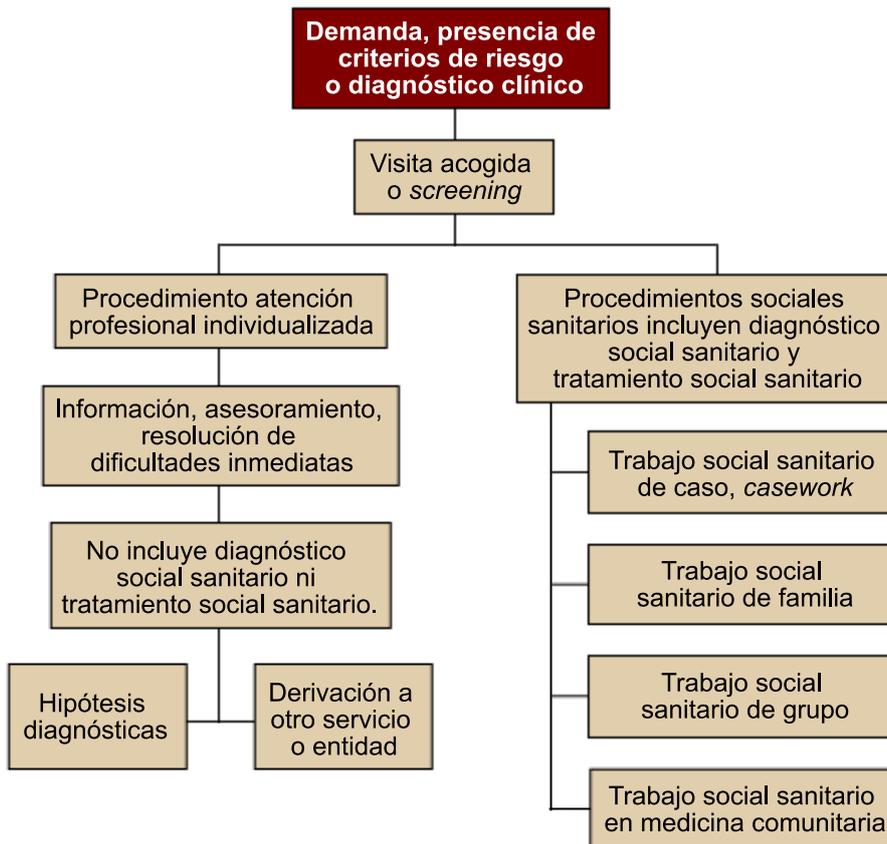
En trabajo social sanitario encontramos cuatro grandes familias de procedimientos (métodos) de intervención. Estas son las siguientes:

- Procedimientos (método) de trabajo social sanitario de caso, *casework*.
- Procedimientos (método) de trabajo social sanitario familiar.
- Procedimientos (método) de trabajo social sanitario de grupo, *group work*.
- Procedimientos (método) de trabajo social sanitario de comunidad y en medicina comunitaria.

Recordemos que la inclusión del adjetivo sanitario obedece a que se desarrollan y aplican en establecimientos del sistema sanitario. Así pues, tendremos siempre muy presente la influencia que la enfermedad, determinados diagnósticos clínicos o sus secuelas ejercen en la esfera psicosocial y social de las personas. Es diferente hablar de la "diabetes" como enfermedad, que de la diabetes que padece la Sra. o el Sr. "A". Los profesionales del equipo de salud ejercen en este segundo plano que aborda la dimensión biopsicosocial pero ese ejercicio está estrechamente vinculado a los otros profesionales otros ámbitos y establecimientos sanitarios y de servicios sociales.

Ante una demanda de ayuda por parte de la persona, de su familia, ante la presencia de indicadores de riesgo que inician la operativa de algún procedimiento o protocolo en un programa de trabajo social sanitario o ante la presencia de determinados diagnósticos clínicos que *a priori* sabemos que ocasionan desajustes psicosociales, el primer contacto con la persona sirve para efectuar la primera visita exploratoria. En ella encontramos la base sobre la que iniciaremos el o los procedimientos de atención del caso social sanitario. Pero desde ese primer momento, lo hemos visto en asignaturas anteriores, se inicia una relación terapéutica que busca la reconstrucción de las fortalezas internas de la persona enferma, de su familia.

La figura que sigue esquematiza los diferentes puntos de partida que se pueden dar en cada caso social sanitario.



Esquema simplificado de las familias de procedimientos sociales sanitarios de intervención

Conviene que recordemos de nuevo la diferencia entre la "atención profesional individualizada" y la "atención profesional procedimental" que se da dentro de los procedimientos o protocolos que incluyen el diagnóstico social sanitario y conllevan, por tanto, un plan de trabajo que desarrolla y planifica el tratamiento o intervención social.

En la primera, "la atención profesional individualizada", aun siguiéndose un procedimiento natural, un orden lógico de las intervenciones y gestiones en tiempo real, la escucha del problema o la demanda y se oriente la búsqueda de soluciones pragmáticas y rápidas, al no construirse el diagnóstico social sanitario por falta de fuentes y de tiempo, no es posible iniciar ningún tratamiento social pero sí, insistimos, una relación terapéutica de ayuda, que puede derivar en el inicio de un procedimiento o protocolo de intervención. En el caso de la "atención profesional individualizada", solo se puede resolver lo inmediato, lo emergente, pero no se pueden diagnosticar ni tratar las causas. En este caso solo se pueden generar las primeras hipótesis diagnósticas de la atención necesaria para subsanar la urgencia, la dificultad inmediata, y derivar el caso social sanitario al servicio o entidad más indicados.

En la segunda, en la "atención profesional procedimental", que se desarrolla dentro de los procedimientos o protocolos definidos en el servicio de trabajo social sanitario y que incluyen el diagnóstico social sanitario, por el contrario,

es el tratamiento social sanitario, la intervención, el que le imprime el sello de la atención siguiendo y aplicando las teorías del trabajo social en el campo sanitario.

Los diferentes procedimientos, en este caso hablamos de métodos, que podamos definir no son excluyentes entre sí, al contrario, en muchos casos se verá la necesidad de combinarlos paralelamente para ir logrando cambios simultáneos en los diferentes ámbitos. El caso social sanitario está integrado por muchas esferas que se influyen unas a otras, tanto en lo que a beneficios se refiere como en perjuicios.

Por ejemplo, al tratamiento social de caso, el *casework*, casi siempre le asociaremos el tratamiento de familia, porque la familia de la persona enferma siempre se verá afectada, en mayor o menor medida, por la situación de esta. Pero cuando hablamos de familia, estamos hablando también de diferentes miembros que tienen individualidad, y por tanto, cuando hablamos de familia también estamos hablando de individuos que desde su individualidad, por ser parte de la familia, interaccionan entre ellos con y dentro de una dinámica determinada.

En los casos sociales sanitarios, nos encontraremos con que el diagnóstico social sanitario propone la intervención desde los cuatro métodos o procedimientos terapéuticos y de intervención. Será ese juicio profesional plasmado en el diagnóstico social sanitario el que determine los métodos necesarios y su intensidad para ayudar a los miembros del núcleo de intervención, mediante la motivación y promoción de sus propias potencialidades, a encontrar el equilibrio perdido.

Toda la información generada la registraremos en el sistema de información del servicio de trabajo social sanitario, pensando siempre que este estará integrado, actualmente o en un futuro, en los sistemas de información del establecimiento, del área sanitaria, y que en dicho sistema de información tendremos las bases de datos sobre las cuales apoyar las futuras investigaciones y por ende, futuras propuestas.

La organización de los procedimientos básicos de trabajo social sanitario se sostiene en los siguientes puntos:

- Los sistemas de información del establecimiento.
- Nuevos instrumentos de apoyo y registro destinados para este fin.
- La información para gestionar la unidad (el individuo) y el conjunto (la sociedad).

En el desarrollo de la acción profesional hay cuatro pilares:

- Procedimientos - metodología.
 - Cómo intervenimos, sobre la base de qué modelo o modelos y procedimientos.
 - Cómo organizamos el sistema de información y atención para garantizar las funciones del servicio.

- Qué información necesitamos de la persona, de su familia y de su entorno.
- Cómo gestionamos la lista de espera, organizativa y humanamente.
- Instrumentos de trabajo. Qué instrumentos de trabajo social sanitario utilizamos en cada momento del proceso.
 - Formularios propios.
 - Formularios adquiridos.
 - Escalas.
 - Clasificaciones.
 - Etcétera.
- Técnicas.
 - Entrevistas personales.
 - Entrevistas telefónicas.
 - Observación de hechos indirectos.
 - Análisis cualitativo.
 - Historia de vida.
 - *Focus group*.
 - Grupos de apoyo.
 - Grupos terapéuticos.
 - Documentación, registro.
 - Grabación, audio, vídeo.
- Plazas de los diferentes programas. Cabe saber las plazas (sociales, sociosanitarias) disponibles para dar cobertura a las necesidades de las personas atendidas por el sistema de salud.
 - Públicas.
 - Privadas.
- Atlas de la zona:
 - Eficiencia.
 - Déficits.

Estos cuatro pilares sostienen la acción y la intervención desde el trabajo social sanitario, tanto desde la atención individual como desde la atención comunitaria, pasando por esferas como la familia y/o los grupos.

Algunos recursos son limitados y, por tanto, rivales entre sí. Cuando alguien utiliza un servicio tangible, por ejemplo, una plaza de descanso temporal familiar, impide a otra persona su utilización. Ello supone una gran responsabilidad a la hora de asignar el proceso social sanitario (el servicio y la tipología de apoyo) más óptimo. Por ello cabe garantizar la correcta utilización de los programas de la red, tanto los programas de acogida como los programas de alta, y considerar las zonas de incertidumbre para no perder eficacia ni eficiencia.

El requisito de intervención desde el servicio de trabajo social sanitario es la existencia de una o varias necesidades surgidas a raíz de la enfermedad tratada en establecimientos sanitarios y que la persona no puede cubrir sola o por sus propios medios. O que la enfermedad de la persona pone en riesgo su *statu quo* futuro.

1. Principales familias en los procedimientos [métodos] de intervención desde el trabajo social sanitario

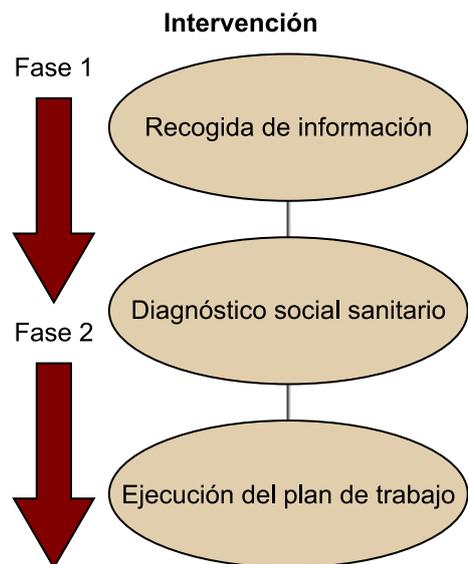
Hemos visto que la intervención profesional desde el trabajo social sanitario, a diferencia de la intervención filantrópica en cualquier establecimiento sanitario, es una acción estratégica avalada por teorías demostradas como benéficas para la persona.

En nuestro medio, la falta de tradición en el estudio de los aspectos psicosociales y sociales que determinadas enfermedades generan en la persona y su núcleo de convivencia hace que debamos apoyarnos en investigaciones realizadas en otros países, sobre todo los anglosajones. Buscamos investigaciones que empíricamente puedan responder y aportar luz a preguntas como ¿para qué sirve o ha servido lo que hacemos y la manera como lo hacemos? Vamos a evitar retóricas vacías y elucubraciones que no están avaladas por el método científico. Vimos en la segunda asignatura, en el apartado dedicado al catálogo de servicios y a la cartera de servicios de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que la misma Ley señala el requisito de que los procedimientos y técnicas recogidos en la cartera de servicios debían haberse probado como benéficos. De ello inferimos que el método científico rige el desarrollo de las intervenciones que tienen lugar en el sistema sanitario, ello incluye las intervenciones desde el trabajo social sanitario.

Estamos hablando de una acción puesta en práctica por profesionales del trabajo social sanitario, ya ejerzan en la atención primaria o en la atención especializada. Dicha intervención estratégica (con intención y objetivos terapéuticos) se apoya en procedimientos o protocolos. Estos, lo hemos visto también, son guías que señalan qué acción se corresponde con cada fase. Los procedimientos dividen la intervención en partes ineludibles. Ello garantiza que atendamos a las personas siguiendo un mismo criterio, lo cual evita el libre albedrío y la improvisación. Los procedimientos garantizan que la persona enferma que necesita la ayuda, su familia o red social, la comunidad en la cual reside, la reciban con las máximas garantías diagnósticas y como respuesta, lo más adecuada posible, a sus necesidades. Dentro de la intervención veremos que las teorías del trabajo social sanitario señalan que las personas sean su principal recurso y que, a la vez, sean testimonios de los beneficios y de la recuperación que van logrando con su esfuerzo y trabajo. Una ayuda, la profesional, que, como hemos dicho, lejos de seguir un libre albedrío irracional y espontáneo, se somete a la disciplina y sigue las fases de los procedimientos en los que se atiende y se garantiza el seguimiento del método científico y la

acción basada en el diagnóstico social sanitario. En la intervención, después del estudio, se reúnen todas las posibilidades de la solución o soluciones para el caso social sanitario en concreto.

En la intervención desde el trabajo social sanitario diferenciamos dos fases, ambas articuladas por el diagnóstico social sanitario. La siguiente figura ilustra el argumento:



De forma muy esquemática, vemos que la primera fase se caracteriza:

- Por la obtención y recogida de información, ello garantizando que resulte terapéutico para la persona y no un volcado de datos.
- Por una elaboración de las hipótesis diagnósticas que se inicia con la primera demanda que surge en el primer contacto entre la persona, su red social y el trabajador social sanitario.
- Por el establecimiento de las primeras hipótesis. Empezamos a identificar las fuentes y la información. Programamos las entrevistas iniciales de las cuales obtendremos la primera información y empezaremos a sacar las primeras interpretaciones. La primera fase concluye.

Llegamos a la elaboración del diagnóstico social sanitario que, además de la descripción de la situación que afecta a la persona, a su familia, a sus vivencias, incluye, siempre según la teoría del diagnóstico social sanitario que hemos estudiado, los factores del caso que ayudarán a la solución y señalarán el camino a seguir y los servicios a prestar. En este punto se inicia la segunda fase con el despliegue del plan de trabajo.

Las fases generales de los diferentes procedimientos se particularizan en la persona enferma atendida. Ello, insistimos, dependerá siempre de cada caso y nos llevará un tiempo más o menos largo adecuar el enfoque porque cada persona en su realidad es distinta. La intervención social sanitaria no es comparable a la intervención sanitaria. Ambas, aunque interactúan constantemente, siguen *tempos* distintos, y los caminos por los cuales alcanzan los objetivos comunes –ambas buscan el bienestar y la máxima salud de las personas– también son distintos. Sin embargo, todos los esfuerzos convergen en la persona y por extensión en su familia.

El sistema de información del servicio de trabajo social sanitario debe diferenciar las dos fases de cada uno de los procedimientos y debe incorporar un espacio para el diagnóstico social sanitario. En este mismo espacio, además, para facilitar el acceso y la comprensión a los otros profesionales sanitarios, incluirá un nuevo espacio, donde se redactará la síntesis diagnóstica del trabajo social sanitario y las palabras clave para su posterior clasificación.

Estas últimas son esenciales para, con posterioridad, poder clasificar las circunstancias que componen el diagnóstico social sanitario y facilitar la investigación. La importancia de la clasificación reside en que en ella se apoya el trabajo científico, las repeticiones, los patrones de cada persona, lo que nos permite establecer determinadas correlaciones entre causas y efectos.

Ambas fases están articuladas por el diagnóstico social sanitario; es este el que permite pasar de la primera fase de investigación de variables y circunstancias a la segunda de acción e intervención. En ellas se concentran todas las acciones profesionales y de las propias personas que componen los caminos de solución.

Retrocedamos en el tiempo para dar vida a una primera reflexión inspirada en lo que Gordon Hamilton planteó sobre los problemas sociales y los programas. Ella se cuestionó qué tipo de problemas y necesidades se encontraban dentro del campo del trabajo social. En nuestro caso, debemos preguntarnos qué tipo de problemas y necesidades se encuentran dentro del campo del trabajo social sanitario y, lo más importante, desde este, qué tipo de respuestas se dan y cómo se dan. ¿Actuamos de igual forma ante un caso de una persona con una diabetes que ante una persona con un infarto, o un accidente vascular cerebral, o politraumatizada? Pues no, no deberíamos, porque cada diagnóstico médico también imprime sus propias huellas en la persona y su familia.

La respuesta profesional se enclava en todos aquellos problemas, todas aquellas necesidades que devienen de la presencia de la enfermedad o que facilitan su aparición, su propagación. Las que surgen de la pérdida de autonomía que provocan las secuelas o los mismos miedos a estas secuelas. Pero esta respuesta se da de tal manera que la persona, su familia y su entorno sean parte de la solución, adquiriendo conciencia de ello, y siempre considerando lo que implica el diagnóstico médico. Si la persona y su entorno no gana conciencia

de lo que se está gestionando, de los cambios que se están logrando y de los cuales ellos son parte activa, no se puede hablar propiamente de trabajo social sanitario. Este es uno de los puntos más importantes. El trabajador social sanitario siempre incluye a la persona, a su familia, en los pasos que se vayan dando para la rehabilitación y reinserción social. Si relegamos a la persona, a su familia a asumir un papel pasivo, a ejecutar lo que le decimos como si se tratara de cumplir con unos requisitos administrativos, debemos saber que estamos falsificando los principios básicos del trabajo social sanitario.

Gordon Hamilton introdujo los diferentes **procedimientos (métodos) de trabajo social** en los siguientes términos:

"Hay necesidades de masas y soluciones de masas, necesidades comunitarias y soluciones comunitarias, necesidades de grupo y soluciones de grupo, necesidades individuales y soluciones individuales."

Gordon Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (págs. 14-26). Nueva York y Londres: New York School of Social Work / Columbia University Press.

Basándonos en esto, recogemos las cuatro grandes familias de métodos de trabajo social sanitario aplicados al ámbito sanitario. Y recordemos que no se excluyen entre sí, sino que los cuatro grupos de procedimientos se potencian, se complementan.

1.1. El procedimiento de trabajo social sanitario de caso, el *casework*

El trabajo social de caso, conocido también como *casework*, es el primer método de trabajo social que se aplicó; en un principio, en el campo de la medicina y en algunas ocasiones en la justicia de menores y sociedades de organización de la caridad (COS¹). El trabajo social sanitario de caso proyecta la intervención (estudio, diagnóstico y tratamiento) sobre la persona, pero también irradia a toda la familia o red social de su entorno. En el trabajo social de caso sanitario todo ello gira alrededor de los efectos que la enfermedad provoca en la persona y su entorno, y los apoyos que requiere para mantener la máxima autonomía, la máxima independencia el máximo bienestar físico, psíquico y ambiental. Aprovechamos las posibilidades que brinda dicho entorno, que seguramente también deberá reajustarse. Así, en primer lugar nos preguntamos ¿cuál es la percepción que presenta la persona?, ¿cuáles son las dificultades que detectamos?, ¿cómo se pueden resolver o paliar?, ¿qué ajustes necesitamos aplicar a la persona, a su entorno inmediato y a su entorno comunitario?

⁽¹⁾ Acrónimo de Charity Organization Society.

El *casework* es, hoy en día, un método más de los muchos métodos de trabajo social. Sin embargo, el *casework* representa para esta profesión y disciplina la primera forma genuina, rehabilitadora y terapéutica de intervención. Supuso un primer giro de la ayuda clásica, amparada en los principios y requisitos de la caridad, hacia la ayuda profesional amparada en métodos que incluían el estudio del caso, la elaboración del diagnóstico social que soportaba la inter-

vención, ya fuera para apoyar a las personas para lograr metas, o ya fuera para transformar realidades o situaciones. Algunas de las primeras preguntas que uno se puede hacer respecto al método de *casework* son:

- ¿Cuáles son las primeras inquietudes?
- ¿Cuándo, cómo y dónde aparece el *casework*?
- ¿Quiénes son las primeras y los primeros inspiradores del *casework*?
- ¿En qué se diferencia el *casework* de otros métodos de intervención?
- ¿Cuáles son los principios filosóficos y éticos que inspiran y a la vez soportan el desarrollo, primero práctico y después teórico, de este método de trabajo social sanitario?
- ¿Cuáles son los objetivos que se buscan cuando se interviene siguiendo las pautas del *casework*?
- ¿Cuáles son los resultados que justifican la eficacia y eficiencia en cuanto a la mejora del bienestar personal y comunitario?
- Etcétera.

Recordemos la primera asignatura referida a los antecedentes históricos, donde citábamos la primera vez que aparecía el término *casework*, en 1896, en la *National Conference of Charities* de la mano de Loch, secretario de The Charity Organization Society of London. Dijo C. S. Loch:

"Nuestro primer deber es indagar. Debemos tratar de ser más y más cuidadosos en la indagación. La gente dice «¿por qué hacer tanto trabajo, preguntando tantas cuestiones, tal y tal y tal? Solo con obtener uno o dos hechos es suficiente». Creo que toda nuestra experiencia ha ido exactamente en la dirección opuesta. Debemos indagar no meramente en los 'hechos', sino en las posibilidades de ayuda. Sobre el individuo, en el grupo de la familia y en el grupo de amigos. Ustedes deben confiar en el crecimiento social natural que una persona puede alcanzar en su medio ambiente. Hay una especie de ceguera en la caridad que no indaga, una ceguera ante el verdadero objeto y finalidad. [...] No hay concentración, no hay propósito, no hay un resultado futuro a la vista. Unas pocas preguntas, los tiques para la sopa, o tique de algún tipo y se acabó. Si la indagación ha merecido la pena en todos los sentidos, se ha comprendido al solicitante y la investigación ha sido suficiente para saber que les necesitará otra vez, luego, ustedes verán que nuestro siguiente punto es la asistencia adecuada. No voy a insistir en ello, pero ¿cómo vamos a conseguirlo?"

C. S. Loch (1896). "Charity organization". *Twenty-third National Conference of Charities* (pág. 243-248).

El texto ilustra las dos intervenciones: la ayuda reactiva, que venimos calificando como la que proviene de la ayuda filantrópica convencional y que soluciona un problema evidente y concreto sin más, y la ayuda desde el trabajo social sanitario, que aun pudiendo ser reactiva porque así lo requiere la emergencia en la acción, además, estudia y analiza las causas de los problemas, las

estudia, y elabora el diagnóstico social sanitario sobre el que propone un plan individual y global para que estas no se perpetúen. Ciertamente es que ello necesita tiempo, pero todo en lo social lo requiere.

C. S. Loch amplió su exposición con una reflexión acerca de la importancia de trabajo gestionado y no burocratizado, señalando como ejemplo que ante determinados problemas sociales los comités de las caridades decidían y asignaban los tipos de ayudas preestablecidas en función de unas normas y unos requisitos que la persona debía cumplir para recibirlos. Ya entonces indicó, mencionando la palabra *casework*, la necesidad del trabajo social de caso, como teoría que contextualizaba las características individuales y del entorno ayudando a la misma persona afectada a actuar sobre ellas. Y señaló que la presencia de determinados atributos no era suficiente para tomar determinadas decisiones y movilizar determinados recursos. Insistió en que se necesitaba más información. Hemos citado y ampliado este párrafo, además de por su valor histórico, para acentuar su llamada de atención sobre la investigación cuidadosa y la contextualización de los hechos. El *casework* no es preguntar sobre lo que nos interesa para poder cubrir un formulario o una encuesta preestablecida, el *casework* es preguntar e interactuar de acuerdo a las respuestas y actitudes de la persona.

Situados en el trabajo social sanitario de caso, nos referimos a la investigación de posibles efectos psicosociales en las personas enfermas, en sus familias, la obtención de información particular que nos ayude a diferenciar un caso de otro, una intervención de otra. El diagnóstico médico es, según vamos viendo, un primer determinante, no el único, en el diagnóstico social sanitario. Con ello aplicaremos a cada caso el modelo de apoyo o apoyos más indicado, y seguiremos igualmente los métodos de trabajo social sanitario indicados. En el trabajo social sanitario debemos integrar además, como venimos indicando a lo largo del curso, los efectos psicosociales que aquel diagnóstico médico en concreto conlleva añadido en particular a lo social.

Pensemos en enfermos grandes quemados, en las personas que sufren diabetes, en las que padecen enfermedades neurológicas degenerativas, o en las que padecen alguna demencia, etc. Todos estos diagnósticos médicos contienen su particular progresión, la cual genera vivencias particulares desde lo psicosocial, y, si bien habrá muchos aspectos comunes y generales, como especialistas trataremos la situación adelantándonos desde el conocimiento especializado, y aquellos desajustes que surgen, o sabemos por las investigaciones realizadas que surgirán de lo sanitario.

El trabajo social sanitario de caso, el *casework*, es la atención terapéutica y transformadora individual a las personas enfermas y por extensión, en el grado y medida necesaria que establezca el diagnóstico social sanitario, a sus familias. El *casework* estudia la relación que se establece entre ambas partes, la persona enferma en cuestión y la familia, y se focaliza en los problemas, los

Referencia bibliográfica

Podéis ampliar la idea de diagnóstico médico en:
F. Turner (1976). *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nueva York: The Free Press.

desequilibrios, las vivencias, la experiencia de las vivencias y las respuestas de cada miembro frente a esta realidad que ha generado la enfermedad en su grado de gravedad.

El *casework* promueve la atención psicosocial de una persona que padece una enfermedad que le genera dificultades de orden psíquico y social, de tal manera que necesita un reajuste terapéutico para afrontar una nueva situación, y así sea, de nuevo, socialmente competente, desarrollando capacidades para gobernar su vida. El trabajo social sanitario de caso, el *casework*, enfatiza sobre cada persona, contextualiza aquellas circunstancias que toman relieve y mediante estrategias de motivación y promoción de seguridad, genera ayuda. Las intervenciones del trabajador social sanitario son siempre deliberadas y estratégicas, nunca reactivas o improvisadas, y ayudan a la persona a mejorar y resolver por sí misma las situaciones que la rodean y le generan malestar o desventajas sociales. El trabajo social sanitario de caso, el *casework*, se centra sobre todo en los aspectos y factores positivos de la persona y su entorno.

Lo señalaron años más tarde, además de la misma Mary E. Richmond, otras autoras. Algunos de sus textos los hemos estudiado en créditos anteriores, nos referimos a Garnet Isabel Pelton, Ida M. Cannon, Gordon Hamilton, Florence Hollis, Mary E. Woods, Charlotte Towle, Helen Harris Perlman, etc. Todas ellas señalan que en un caso social sanitario, una característica irradia unos factores (hacedores) y en otro caso, la misma característica irradiará otros distintos. Ello, se insiste de nuevo, es lo que señala la necesidad del diagnóstico social sanitario a fin de ajustar el tratamiento a las carencias y posibilidades de la persona enferma y de su familia. Loch recogió la esencia del método del trabajo social de caso, el *casework*, que podemos resumir en cuatro preguntas:

- ¿Cuál es el futuro por el que vamos a trabajar con esa persona que presenta dificultades?
- ¿Qué pasos vamos a seguir?
- ¿Cómo podemos afirmar científicamente que nuestras intervenciones son beneficiosas?
- ¿Qué procedimientos o métodos vamos a seguir?

El trabajo social sanitario de caso, el *casework*, exige del profesional poder presentar la razón por la cual establece aquella pauta o acuerdo con la persona, con su familia, en este caso siempre con el consentimiento de la primera. Constantemente se da la doble dirección: por un lado, el trabajador social sanitario propone sobre la base de su juicio valorativo de la situación que se le presenta, apoyado en teorías, en investigaciones y, por otro lado, ayuda a la

Referencia bibliográfica

H. H. Perlman (ed.) (1969). *Helping. Charlotte Towle on social work and social casework* (pág.122). Chicago: University of Chicago Press.

persona a disponer de sus capacidades y voluntades, las que están presentes, a fin de comprobar su grado de motivación e implicación en cada punto concreto del plan de trabajo.

Mary E. Richmond señala los aspectos y recomendaciones dentro del *casework*:

"La inferencia es el proceso razonable por el que pasamos de un hecho conocido a hechos desconocidos. [...] En un primer estadio o tentativa, a las inferencias las llamamos hipótesis. [...] la corroboración de las inferencias que pueden haberse reunido deliberadamente o pueden apoyarse en experiencias pasadas. Las experiencias pasadas sugieren una variedad de hipótesis. [...] Las lagunas en las evidencias pueden hacer necesario confirmar las hipótesis mediante experimentos. [...] Existe el riesgo de acudir a testimonios incompetentes o que den información sesgada. [...] Los riesgos que envuelven el proceso de razonamiento pueden darse en cuatro caminos: podemos cometer un error de reglas generales, en el caso particular, en la analogía, o en la relación causal. Las reglas generales que apelan a la conducta humana no son nunca de aplicación universal. [...] Las semejanzas entre casos pueden existir pero esta puede ser solo superficial. [...] La inclinación a ver una sola causa. [...] El estado de la mente del propio trabajador social. [...] El uso habitual de acudir a unas pocas y favoritas fuentes de conocimiento o de cooperación, el continuo desuso bajo las circunstancias cambiantes de recursos que formalmente no están disponibles".

Gordon Hamilton (1923). "Progress in Social Case Work. Some Changes in Social Case Work". *National Conference on Social Welfare* (pág. 334-337).

Recordemos que en trabajo social sanitario no podemos pensar en fórmulas magistrales con las que, si tomamos diferentes pesos de cada ingrediente (circunstancia o atributo) y los juntamos todos, resulta una suma cuyo producto es el diagnóstico social sanitario. Esto no es posible, pues si atendemos a la teoría, esta nos dice que el diagnóstico social sanitario es una definición de las dificultades, dificultades contextualizadas en el caso social sanitario, que incluye, además, los factores de reconstrucción del bienestar y el camino a seguir. Es cierto que los ingredientes están ahí interactuando entre ellos, influenciándose, pero lejos de sumarlos a modo de una simple operación matemática lineal, el trabajador social sanitario identifica las sinergias que se generan entre ellos, las cuales son mucho más que una simple suma o resta. Hablamos de sinergia como el sistema circulatorio del caso social sanitario que alimenta o retrotrae a las partes. Y por supuesto, tenemos la evidencia, no podemos renunciar a ella. Para saber el tiempo que tenemos, podemos recurrir al parte meteorológico del día anterior, pero también podemos mirar por la ventana y ver directamente el tiempo que hace. Eso es la evidencia. Si hace sol no necesitamos ninguna fórmula para afirmar que hace sol. La evidencia es un axioma. Y un axioma, recordemos, es un principio que no necesita demostración.

En 1902 Charles Frederik Weller como presidente y secretario de las Associated Charities, de Washington, presentaba la conferencia *Relief and prevention* [Ayuda y prevención]. La conferencia es importante porque pone sobre la mesa la investigación, el estudio de las personas y familias necesitadas de ayuda para ganar. Como trabajadores de la caridad, podemos contextualizar en el trabajo social sanitario, habilidades para el tratamiento psicosocial. Comenzó la conferencia haciendo una analogía entre trabajo moderno de caridad y la medicina. Y en otro momento Weller menciona un estudio sobre "Esposas abandonadas" realizado en la Associated Charities of Boston, y se preguntaba

Referencia bibliográfica

Ch. F. Weller (1902). "Relief and Prevention". *National Conference on Social Welfare* (pág. 265-277).

qué parte suponía la ayuda en el tratamiento de una familia en la que los principales problemas eran debidos a la pereza, la ineficiencia y la intemperancia del marido. Para Weller lo que se necesitaba era estudiar los pobres y la pobreza de la misma manera que la medicina estudia a los enfermos y a las enfermedades. Primero era necesario conocer al máximo lo que desencadenaba la enfermedad. Y aquí introduce el concepto de *casework*.

"Debemos clasificar nuestros casos en lugar de los remedios. En cuanto a las diferentes clases de familias necesitadas, qué necesitamos para recoger, sistematizar y difundir los resultados de las experiencias de los trabajadores en todas las partes del país. Posiblemente no se podrá poner demasiado énfasis sobre el *casework*, sobre la investigación exhaustiva y constructiva de los casos, el descubrimiento de medios eficaces para curar los casos concretos, y la conquista de nuestras comunidades, principalmente para el tratamiento adecuado de las personas y familias que son los miembros a los que se refieren nuestras las sociedades".

Ch. F. Weller (1902). *op. cit.* pág. 269

Otro autor a recuperar por su visión pragmática del asunto es Samuel G. Smith. En 1905, en la conferencia que impartió sobre *social standards* [estándares sociales], Smith señaló que había varias maneras de afrontar los problemas desde las políticas gubernamentales, aquellos que vieran la miseria y la pobreza como una realidad estática que no se puede cambiar y, además, vieran a las personas que la padecen, sin posibilidades de ningún tipo para alcanzar un mejor bienestar, decía Smith que practicaran la caridad. Pero, continuaba, a aquellos que vieran la miseria como una circunstancia dinámica, ello significa, temporal, circunstancial, ocasional, y que las personas afectadas, sus familias, con ayuda específica podían superar con su esfuerzo, les recomendaba que practicaran trabajo social y concretamente, el método del *casework*.

Por tanto, la implicación de la persona, de su familia, ya se veía como parte del tratamiento de *casework* en contraposición a la práctica de la caridad más acciones que las que requería la misma caridad. Smith propuso además la creación de estándares que permitieran comparar poblaciones entre sí. Los estándares propuestos por Smith se refieren a las siguientes dimensiones:

- Estándar físico. Señala el cuerpo humano como el más universal de todos los estándares, asumiendo que de una nación o raza a otra, puede haber diferencias de estatura, de peso, etcétera. Hoy podemos añadir los mapas epidemiológicos de cada área. En esta dimensión señala también cómo determinadas limitaciones físicas delimitan determinadas actividades. Su enfoque es positivo, pues añade el ejemplo de que un hombre con pecho debilitado puede tener éxito como filósofo pero no como soplador de cristal.
- Estándar mental. Señala la idea de la mente social como un complejo de tradiciones, emociones, ideas y costumbres que conforman el auténtico valor de la comunidad, dentro de la cual la persona en cuestión se va a desarrollar.

Referencia bibliográfica

S. G. Smith (1905). *Social Standards*. National Conference on Social Welfare (pág. 1- 12).

- Estándar económico. Incluye el estándar de vida que varía de una época a otra y enfatiza sobre los grados de pobreza que una sociedad puede asumir, añadiendo que, para ejercer en esta dimensión, el trabajador social, o sanitario, debe estar formado debidamente para evitar caer en prejuicios de valor.
- Estándar de eficiencia. Se refiere a la capacidad de una comunidad de generar riqueza de acuerdo a los diferentes grupos de personas que la integran. Refuerza la idea de que los trabajadores sociales, seguimos añadiendo sanitarios, deben ser conscientes de la eficiencia de su propio trabajo.

Años más tarde, en 1923, habían pasado seis años desde la publicación de *Social Diagnosis*, Gordon Hamilton, en su conferencia "Progress in Social Case Work. Some Changes in Social Case Work" [Progreso en el trabajo social de caso, algunos cambios en el trabajo social de caso], empezaba su parlamento con los siguientes términos:

"La Sra. Richmond dice: El trabajo social de caso, *casework*, consiste en aquellos procesos que desarrollan la personalidad mediante ajustes deliberadamente efectuados, individuo a individuo, entre hombres y su ambiente social."

Mary E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pág. 99-100). Nueva York: Russell Sage Foundation.

¿Qué significa esto? ¿Qué quiere decir ajustes deliberados? Básicamente nos referimos al uso de la estrategia. Por ejemplo, establecer pactos con el cliente, proponerle determinadas gestiones que lo impliquen, la aplicación de determinados ejercicios de reflexión y comunicación. La intervención desde el trabajo social sanitario obedece sobre todo a alimentar, a regenerar la voluntad de mejora o recuperación de la persona, de su familia, por medio de ella misma, con sus aspectos positivos. Esto se hace aplicando, por ejemplo, el modelo de los puntos fuertes que busca centrarse en lo positivo y no en lo negativo. Ello implica la interacción constante entre el profesional, la persona que motiva la atención y su familia, con los servicios y programas de su entorno comunitario. Y si esos servicios y programas de su entorno son insuficientes, desde el trabajo social sanitario se propondrán y promoverán alternativas comunitarias.

Una vez conocido el diagnóstico médico y sus efectos en lo psicosocial, en el entorno, esos que por defecto sabemos que están presentes en una mayoría de las personas que comparten dicho diagnóstico, los confirmamos, pero también atenderemos a nuevas razones e hipótesis que constantemente sometemos a prueba. Así, seguimos evaluando la línea de actuación iniciada y, si es preciso, la revisamos. El trabajador social sanitario no es un sustitutivo de la familia, es un acompañante estratégico, un observador profesional. Nunca nos quedamos instruyendo el caso de manera burocrática, eso no es trabajo social sanitario. Todo lo que nos dicen las personas debe pasar el filtro de la evidencia, aquello que no necesita ser demostrado pero debe constatar en su existir, y en la manera que tiene de influenciarlo. Y recordemos que una cosa son

Referencia bibliográfica

D. Saleebey (2006). *Strengths Perspective in Social Work Practice* [documento en línea].
<https://www.wested.org/chks/pdf/strengths_perspective.pdf>

los hechos y otra su interpretación, su contextualización. El diagnóstico social sanitario y el plan de intervención, en el procedimiento *casework*, convierte a la persona en la principal parte de su recuperación. Y, como hemos dicho, el diagnóstico y el pronóstico médico condicionan el trabajo social sanitario de caso. Textualmente lo explicaba así Hamilton en 1931:

"En el trabajo social hospitalario, el *casework* debe estar condicionado por todos los puntos del problema médico. ¿Qué es lo que en la situación social y personal del paciente ha contribuido a su enfermedad o puede contribuir a su recuperación?"

Gordon Hamilton (1931). "Refocusing family case work". *National Conference on Social Welfare* (pág. 174).

En su libro *Theory and practice of social case work* [Teoría y práctica del trabajo social de caso], Hamilton señala las numerosas veces que se ha tratado de definir el *casework*. De manera muy resumida, lo explica como sigue:

"Es la interconexión de la adaptación personal del individuo y el mejoramiento de la sociedad. [...] Algunas definiciones de Mary E. Richmond dicen: El trabajo social de caso puede definirse como el arte de hacer cosas diferentes para y con gente diferente, cooperando con ellos para alcanzar, para ellos y al mismo tiempo para la sociedad, su mejoramiento. Más tarde, las definiciones clarificaban los medios y los fines del proceso enfatizando que el problema esencialmente pertenece al cliente y que el cliente está activamente y responsablemente comprometido con la solución...".

Gordon Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pág. 22). Nueva York y Londres: Nueva York School of Social Work / Columbia University Press.

Hamilton señala la interdependencia existente entre el individuo y la sociedad y no cesa de enfatizar, junto con otras autoras, que el bienestar del individuo conlleva el bienestar social y este es el objetivo final del *casework*.

Metodología de intervención en el *casework*

1) Detección

Indica cómo llega el caso al servicio de trabajo social sanitario, por programas a partir de criterios de riesgo o a demanda:

- Proactiva. Se basa en la intervención sistemática a partir de criterios de riesgo social o ante la presencia de una enfermedad que se ha definido con gran afectación de lo psicosocial.
- Reactiva: Se basa en la clásica intervención a demanda. Igualmente, dependiendo del caso se iniciará un procedimiento general o protocolo. La detección reactiva, sobre todo en el hospital, implica sin embargo incrementar la presión en la gestión del caso, pues suele darse cuando la persona ya no necesita seguir ingresada.

2) La primera entrevista

Es la más difícil y en ella reside la clave de la buena continuación. El trabajador social sanitario, él o ella, en la primera entrevista siempre dará la palabra a la persona, la dejará que se explique. Esta explicación es la puerta de entrada al caso social sanitario. Una vez la persona ha expresado lo que siente, siempre se le preguntará: "¿En qué cree que la puedo ayudar?" Y en esta pregunta la persona pone de relieve las expectativas que tiene con el trabajador social sanitario. Hamilton recomienda evitar las preguntas que se pueden responder con un "Sí" o un "No".

3) Recogida de información y estudio - Identificación de las fuentes

Las fuentes de información sobre las que se podrá elaborar el primer diagnóstico social sanitario se clasifican en: 1) Fuentes personales. 2) Fuentes profesionales. 3) Fuentes institucionales. 4) Fuentes institucionales de salud mental. 5) Fuentes documentales.

4) Elaboración del diagnóstico social sanitario

Identificación del proceso o procesos de trabajo social sanitario

5) Plan de trabajo - Tratamiento social

Siempre se basa en el diagnóstico social sanitario y contempla las tres esferas antes mencionadas y propuestas por Gordon Hamilton:

- La atención psicosocial a la persona.
- La atención psicosocial a la familia y gestión.
- La gestión de servicios de apoyo externo a la red familiar.

Dentro del procedimiento de trabajo social sanitario de caso, los trabajadores sociales sanitarios, ellos y ellas, no son sustitutivos de la familia, son acompañantes estratégicos, observadores especialistas. Todo lo que dicen y explican las personas debe pasar el filtro de la evidencia, lo que no necesita ser demostrado pero debe constatarse en su existir y en la manera que tiene de influenciarlo.

Dentro del plan de trabajo social sanitario individual utilizan intervenciones terapéuticas, se ofrecen servicios de: soporte, *counseling*, motivación, resolución de crisis, resolución de problemas, narración terapéutica, rehabilitación vocacional, etc.

6) Seguimiento

Referencias bibliográficas

M. E. Richmond (1917). *Social diagnosis* (pág. 104). Nueva York: Russell Sage Foundation

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pág. 58). Nueva York and Londres: The Nueva York School of Social Work, Columbia University Press.

El caso social sanitario requiere un seguimiento en las tres esferas dado que hay que ir incorporando nuevas acciones a medida que la situación, el conflicto, se va equilibrando. El mismo diagnóstico social sanitario se transforma como consecuencia de los efectos de la intervención profesional.

7) Evaluación

- Individual del caso: permite ver en perspectiva la evolución.
- Colectiva del servicio: permite el análisis del colectivo y sus tendencias.

"La evaluación de la efectividad implica la medición de resultados obtenidos en la intervención del trabajo social para alcanzar los objetivos. Este esfuerzo es fundamental para el desarrollo de la política de trabajo basada en la evidencia y la práctica social."

G. McIvor (2009). *The evaluation of Effectiveness*. En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pág.121-123). Oxford. UK. Blackwell Publishing.

8) Registro y codificación

Codificación de la información diagnóstica: Los servicios de documentación aplicarán la clasificación que aplique cada establecimiento a fin de poder realizar investigaciones sobre las dimensiones diagnósticas.

9) Objetivos

- Objetivos generales del trabajo social individual y familiar:
 - Objetivo general en ámbito de las personas: La promoción de las mejores cotas de bienestar social y salud a partir de potenciar los aspectos positivos de las personas atendidas (pacientes o usuarios) en el sistema sanitario, de las familias o red social.
 - Objetivo general en el ámbito de los servicios y recursos externos: La búsqueda continuada permite verificar la necesidad de promover apoyos y servicios externos.
- Objetivos específicos:
 - Respecto a la persona: Promover la autonomía y la autodeterminación, ayudarla a ganar seguridad y bienestar.
 - Respecto a la familia: Ayudar a comprender los cambios inmediatos que la enfermedad de la persona promoverá en su seno y brindarle instrumentos y recursos para afrontar los nuevos retos.
 - Respecto a los servicios y recursos: Promover aquellos servicios y recursos necesarios para hacer frente a las necesidades reales de las personas y las familias.

1.1.1. Modelos de intervención en el *casework*

Es importante que diferenciemos las tres vías de acceso de las personas al servicio de trabajo social sanitario, a sus profesionales:

1) **A demanda de la persona.** La persona siente la necesidad de pedir ayuda ante una situación que cree que la está superando, o que siente que no puede resolver por sí misma. Y lo más importante, pide esa ayuda. O siente que su familia, su entorno, no puede ayudarla, o no lo suficiente, y lo explicita. Lo señaló más tarde Helen Harris Perlman, también autora de referencia, en el siguiente texto:

"La persona que acude a la agencia social como cliente es alguien que por un número de razones se ha encontrado incapaz de resolver su problema. Debemos mirar a los factores que subyacen a esta incapacidad y finalmente debemos preguntarnos y respondernos qué proceso del *casework* ofrece ayuda a la persona para moverla de este conflicto o momento de su situación de vida para que sea más efectiva para gestionar la resolución del problema que afronta. [...] Ello requiere el ejercicio con cierto orden de procedimientos: 1) Debemos conocer los hechos que constituyen el problema. 2) Los hechos deben entenderse, es decir, deben verse en varias perspectivas: en su significado simple, en relación unos con otros, y su significado compuesto, y en relación con la solución que se ha buscado. Esto constituye ideas acerca de los hechos. 3) Debemos realizar una elección consciente de la acción seleccionada como conclusión y entonces probar su validez mediante experimentación o reconsideración".

Helen H. Perlman (1971). *Perspectives on social casework* (pág. 51-64). Philadelphia: Temple University Press.

Helen Harris Perlman señaló la importancia de sopesar las decisiones que se vayan tomando junto con la persona, para evitar que cometamos errores de intervención y que ello nos lleve a un nuevo problema o a empeorar el que estamos tratando de resolver.

2) **A demanda de los profesionales.** Un hecho muy común, aunque no sea idóneo, es que en el sistema sanitario son los profesionales sanitarios los que nos piden la interconsulta para valorar a una persona, o a su familia.

No es idóneo porque su formación académica no es de trabajo social sanitario y, por tanto, sus observaciones, aun pudiendo ser muchas veces acertadas, son discriminatorias. Pero algunas personas pueden quedar, involuntariamente, discriminadas. Muchas veces son los profesionales sanitarios los que nos derivan a las personas al servicio, ante unas circunstancias que ellos consideran de riesgo o directamente conflictivas. Debemos contemplar en este contexto que la necesidad o el problema puede formar parte de la opinión del profesional que activa la demanda, pero no del sentir de la persona que, supuestamente, padece el problema. Incluso puede que ese problema no exista más allá de la percepción del profesional sanitario. Prestemos atención al hecho de que se trata de una opinión profesional que intuye un riesgo, pero que la debemos validar desde el trabajo social sanitario. Puede suceder que la persona, también su familia, consideren que no presentan dificultades ni necesidad de ningún tipo de ayuda. No obstante, como especialistas sabemos lo que la enfermedad imprime y, como conocedores de los aspectos psicosociales de la persona y

de su familia, en dichas circunstancias podemos, mediante el procedimiento de trabajo social de caso, establecer un plan de intervención de ayuda o preventivo.

Otra versión de la demanda de los profesionales sanitarios se da cuando estos derivan a una persona o a su familia al servicio de trabajo social sanitario para que se les busque directamente algún tipo de recurso. Este es un error de procedimiento de derivación y un reduccionismo del trabajo social sanitario. No se puede hablar de un apoyo, y mucho menos de un recurso, sin antes haber establecido el diagnóstico social sanitario y siempre considerando que el recurso en cuestión es parte del tratamiento de caso, o de *casework*. Cuando esto sucede, conviene, desde el servicio de trabajo social, diseñar algún plan de comunicación con el personal sanitario a fin de que conozcan los procedimientos y criterios de acceso al servicio y no lo conviertan en una oficina cajón de sastre. El trabajador social sanitario estudia el caso, valora la idoneidad de los apoyos, no solo de los recursos, lo estudia en función de las necesidades y luego propone. El cliente, su entorno, sin asesoramiento profesional adecuado desde el trabajo social sanitario, sin diagnóstico social sanitario, se convierte en consumidor de apoyos. El trabajo social sanitario de caso nada tiene que ver con esa acción que surge de una o varias demandas y no de un diagnóstico social sanitario.

3) Sin demanda, por programa, ante la presencia de criterios de riesgo y los diagnósticos clínicos que se determine. En este caso estamos ante un programa que se lleva a cabo en sectores de la población con determinados criterios que se han demostrado como de riesgo. Recordemos la necesidad, según la OMS, de establecer el cálculo, el valor de riesgo de aquella característica o atributo en la población que atendemos y la de nuestra área de influencia.

En este apartado entrarían todos los programas de atención, con sus procedimientos, diseñados desde el servicio de trabajo social sanitario. Debemos diferenciar aquellas intervenciones que parten de los programas de servicios médicos. Muestras tenemos, por ejemplo los programas de ACV, los programas de fracturas de fémur, los programas oncológicos, etc., que incluyen en sus procesos la valoración desde el trabajo social sanitario. Dicha valoración inicia a la vez un procedimiento propio de trabajo social sanitario de caso.

El ejemplo por excelencia de procedimiento de trabajo social sanitario con aplicación de la teoría del *casework* es el procedimiento del programa de la planificación del alta sanitaria. En este punto, el *casework* se centra sobre todo en las dificultades de la persona para regresar o residir en su casa, en las dificultades y posibilidades de la familia para atenderla. Pero recordemos que el objetivo del *casework* que estamos promoviendo es apoyarse en los aspectos positivos, es la transformación de aquellos puntos débiles relacionados con la persona, con la manera de vivir la enfermedad, con los cambios que esta provoca en su entorno, con su recuperación, con la utilización de sus recursos propios, todo ello, según se trate, le impedirá o ayudará a disfrutar de una vida lo más autónoma posible.

Los elementos comunes, las fases, del procedimiento de *casework* son los que siguen:

- Escucha de la primera demanda, incluida la descripción del problema que aporta la persona o su familia y las vías de solución. Obligatoriamente le preguntaremos: ¿en qué cree que puedo ayudarle? Con esa pregunta le permitimos expresarse y podemos entrar en su mundo particular.
- Obtención de la información acerca de la persona enferma o de su familia.
- Su percepción respecto de lo que cree que podemos hacer por ella implica casi siempre a otras personas. Necesitaremos preguntar, ampliar, aclarar.
- Establecimiento de las primeras hipótesis: las posibles causas de los problemas en ese caso concreto y las posibles vías de solución.
- Identificación de nuevas fuentes de información básicas, todas aquellas que consideramos que tienen que ver con el estudio y la recuperación del caso.
- Interpretación de los datos obtenidos de las diferentes fuentes. Comprobar su veracidad.
- Elaboración del diagnóstico social sanitario y de la síntesis diagnóstica, esta última para incluir en la historia clínica.
- Plan de trabajo, concreción del proceso –o procesos– social sanitario y los objetivos marcados.
- Ejecución del plan de trabajo. Cronograma.
- Evaluación y, si cabe, reformulación del diagnóstico social sanitario.
- Inclusión de la información del caso social sanitario en la base de datos general del servicio de trabajo social.

Cada una de las partes se divide en apartados que conforman el arbolado del procedimiento. Si la persona está ingresada, dado que el tiempo de hospitalización suele ser corto, muchos casos deberán derivarse a la atención primaria sanitaria para que otro trabajador social sanitario continúe el tratamiento social sanitario iniciado en el hospital. No se debe confundir el tratamiento social con el uso de servicios sanitarios o sociales de apoyo y atención que pueden formar parte del plan de tratamiento social, pero no son el tratamiento.

***Casework* breve, *casework* extenso**

Otro aspecto importante es la diferencia entre el trabajo social sanitario de caso individual, de *casework* breve, agudo, y el trabajo social sanitario de caso individual, de *casework* extenso.

El primero se aplica sobre todo a la atención especializada. No implica la intención de que el tratamiento sea breve pero el cliente, por diferentes razones y una vez alcanzadas las primeras metas del tratamiento, no da continuidad a las propuestas del trabajador social sanitario. Son clientes que mantienen una relación terapéutica marcada por la discontinuidad. El segundo se aplica sobre todo en casos que siguen las propuestas de tratamiento indicadas por los profesionales a la vez que requieren determinadas psicoterapias en las que se profundiza en aspectos de la personalidad, como las emociones, sentimientos, sensaciones de la persona, defensas del ego y cómo este se organiza.

En ningún caso se puede presuponer que uno de los dos perfiles de tratamiento de *casework* es más o menos efectivo que otro. En la medida en que se da el cambio buscado se puede hablar de mejora y esto no es, *a priori*, predecible.

Referencias bibliográficas

L. Rapaport (1973). "Crisis-oriented short-term casework". *Readings for social work practice* (pág. 113-126). Nueva York: MSS Information Corporation.

J. W. Reid; A. W. Shyne (1969). *Brief and extended casework*. Nueva York: Columbia University Press.

2. Reflexión final

Es sobre la base del diagnóstico social sanitario que los trabajadores sociales sanitarios, ellos y ellas, a través del *casework* ayudan a la persona a encontrar caminos y espacios, desarrollar estrategias que le permitan la gestión con los recursos propios de las posibilidades que les brinda la red social a la que pertenece. La solución siempre se inicia en la persona. La persona es el centro de atención y en base al diagnóstico social sanitario, se la dotará de recursos que mejoren su autonomía psicosocial. Cuando esta primera esfera personal y singular no puede afrontar por sí sola la nueva realidad, inicia la gestión de apoyos externos de carácter domiciliario o institucional. La función profesional siempre es complementaria no sustitutiva a la familiar. Algunas de las preguntas a las que los trabajadores sociales sanitarios buscan respuesta en una primera toma de contacto son:

- ¿Cuál es la gravedad de la enfermedad que padece la persona?
- ¿Qué limitaciones le supondrá a corto, medio y largo plazo?
- ¿Cómo vive la persona esta realidad?
- La vivencia de la persona ¿es proporcional a la gravedad de la enfermedad?
- ¿Cómo se expresa la persona respecto a su futuro?
- ¿Cuáles son las nuevas dificultades que pueden surgir en su día a día?
- ¿Cómo se pueden resolver o paliar según la persona, también según la familia con la que convive? Debemos recordar que uno de los principios del trabajo social, del sanitario también, señala a la persona como al primer recurso al que hay que considerar.
- ¿Qué tipo de ajustes psicosociales hay que trabajar en la persona, en su entorno inmediato y en su entorno comunitario?
- ¿Qué papel juega la familia, impulsa a la persona para que mejore, o neutraliza los esfuerzos que esta hace?
- Etcétera.

Referencia bibliográfica

Sobre el papel de la familia podéis leer:

D. Jackson (*apud* F. Ortega Bevia, *Teoría familiar sistémica*). En: E. Pérez de Ayala (2000). *Trabajando con familias* (pág. 55-78). Zaragoza: Certeza.

Bibliografía

Referencias bibliográficas

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social case work* (pág. 58). Nueva York y Londres: The Nueva York School of Social Work, Columbia University Press.

Jackson, D. (apud F. Ortega Bevia, *Teoría familiar sistémica*). En: E. Pérez de Ayala (2000). *Trabajando con familias* (pág. 55-78). Zaragoza: Editorial Certeza.

McIvor, G. (2009). The evaluation of Effectiveness. En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 121-123). Oxford. UK: Blackwell Publishing.

Perlman, H. H. (ed.) (1969). *Helping. Charlotte Towle on social work and social casework* (pág. 122). Chicago: University of Chicago Press.

Rapaport, L. (1973). "Crisis-oriented short-term casework". *Readings for social work practice* (pág. 113-126). Nueva York: MSS Information Corporation.

Reid, J. W.; Shyne, A. W. (1969). *Brief and extended casework*. Nueva York: Columbia university Press.

Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis* (pág. 104). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Smith, S. G. (1905). "Social Standards". *National Conference on Social Welfare* (pág. 1-12).

Weller, Ch. F. (1902). "Relief and Prevention". *National Conference on Social Welfare* (pág. 265-277).

Bibliografía básica

Brodland, G. A.; Andreasen, N. J. C. (1976). "Adjustment problems of the family of the burn patient". En: F. J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nueva York: The Free Press.

Cannon, I. M. (1917). *Social work in hospitals: A contribution to progressive medicine*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

En los recursos del aula se aportan a modo de anexo las reflexiones al respecto, basándose en su experiencia, del equipo de consultoras y consultor de la asignatura.

Dana, B. (1983). "The social work – Community medicine connection". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field*. Nueva York: The Haworth Press.

Hamilton, G. (1923). "Progress in Social Case Work. Some Changes in Social Case Work". *National Conference on Social Welfare*.

Hamilton, G. (1931). "Refocusing family case work". *National Conference on Social Welfare*.

La entrevista completa puede encontrarse en el apartado de recursos del aula.

Loch, C. S. (1896). "Charity organization". *Twenty-third National Conference of Charities*.

Lurie, A.; Rosenberg, G.; Pinsky, S. (1982). *Social work with groups in health settings*. Nueva York: Prodist.

Northem, H. (1983). "Social work groups in health settings: promises and problems". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field*. Nueva York: The Haworth Press.

Pérez de Ayala, E. (2000). *Trabajando con familias*. Zaragoza: Certeza.

Perlman, H. H. (1971). *Perspectives on social casework*. Philadelphia: Temple University Press.

Prosky, P. (1976). "Family therapy: an orientation". En: F. J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nueva York: The Free Press.

Rosenberg, G.; Neill, G. (1982). "Group Services and Medical Illness. A review of the literature 1964-1978". En: A. Lurie y otros. *Social work with groups in health settings*. Nueva York: Prodist.

Saleebey, D. (2006). Strengths Perspective in Social Work Practice [documento en línea]. <https://www.wested.org/chks/pdf/strengths_perspective.pdf>

Shein, L. (1983). "The social work – Community medicine connection". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field*. Nueva York: The Haworth Press.

Smith, L. L. (1976). "Social work with epileptic patients". En: F. J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nueva York: The Free Press.

Towle, Ch. (1987). *Common Human Needs*. NASW: USA.

Turner, F. (1976). *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nueva York: The Free Press.

Woods, M. E.; Hollis, F. (2000). *Casework. A psychosocial therapy*. Boston: McGraw Hill.