

# Diagnóstico social sanitario

Dolors Colom Masfret

PID\_00208232



# Índice

<b>Introducción</b> .....	5
<b>1. El diagnóstico social sanitario: lo general</b> .....	7
1.1. Sobre qué hacer, cómo hacerlo y la incertidumbre del qué sucederá .....	13
1.1.1. Atención profesional individualizada versus trabajo social de caso .....	16
1.2. Tres puntos críticos desvirtúan el diagnóstico social sanitario ...	19
1.2.1. La generalización de las descripciones .....	19
1.2.2. La confusión entre el diagnóstico social sanitario y herramientas diagnósticas que podamos aplicar .....	21
1.2.3. La toma de un problema, atributo, característica, por el diagnóstico social sanitario .....	21
1.3. En el contexto del caso social sanitario: el diagnóstico social sanitario .....	22
1.4. Teoría del diagnóstico social y aplicación al campo sanitario ....	24
1.4.1. 1917, el año que marcó el cambio: publicación de <i>Social Diagnosis</i> .....	26
1.4.2. Diagnóstico social sanitario frente a valoración técnica .....	35
1.5. Principales diferencias que imprime la presencia de unas patologías frente a otras .....	35
<b>2. La estructura matricial del diagnóstico social sanitario</b> .....	39
<b>3. Sistema de información para la construcción del   diagnóstico social sanitario</b> .....	42
3.1. El sistema de información en el marco legal estatal .....	42
3.2. Sistema de información: instrumento de apoyo para el estudio diagnóstico .....	43
3.3. Las palabras clave del diagnóstico .....	54
<b>Resumen</b> .....	55
<b>Bibliografía</b> .....	57



## Introducción

El diagnóstico social sanitario es el factor diferencial del trabajo social sanitario. Es su seña de identidad en contraposición a otras intervenciones de ayuda y a otras áreas del trabajo social en general. Su denominación pertenece en exclusiva al campo profesional del trabajo social sanitario. El calificativo “sanitario” es la clave que condiciona ineludiblemente la construcción del diagnóstico social en ese ámbito y el eje sobre el que se gira nuestra intervención. El trabajo social sanitario hemos visto que penetra en el existir de cada persona enferma, de su familia o red social, dejando y favoreciendo que ese existir se vaya dando y no se vea interrumpido por la enfermedad. Una enfermedad que necesita ser tratada en algún establecimiento sanitario. Los factores psicosociales, laborales, familiares, económicos, etc., habituales de la persona se ven alterados por esa nueva visitante que deforma la costumbre, lo preestablecido, el hábito. El término *sanitario* delimita y pone de relieve los pilares de la intervención, cuyo centro de gravedad es la persona que está enferma. La enfermedad, el diagnóstico médico influirá en gran parte las intervenciones profesionales desde el trabajo social sanitario que siempre contextualizará este diagnóstico médico en las circunstancias personales y familiares, medioambientales, de la persona.

El diagnóstico social sanitario es el centro de gravedad de cualquiera de los procedimientos y de los protocolos de trabajo social sanitario que apliquemos. Recordemos que en todos ellos hemos definido una fase de estudio, una fase diagnóstica y una fase de tratamiento y rehabilitación. Recordemos un principio básico: La fase diagnóstica sigue a la fase de estudio e investigación y precede siempre al plan de trabajo, es la plataforma que sostiene la intervención profesional enclavada en los procesos sociales sanitarios delimitados por el plan de trabajo. Podemos decir que el diagnóstico social sanitario se apoya en una estructura matricial que viene dada por la doble entrada, por una parte están los aspectos psicosociales de la persona, de su familia, su entorno existencial con su propio tejido cotidiano y sus texturas vitales. Por la otra, la atención a un proceso de enfermedad, crónica o aguda que, además, se trata dentro de una especialidad médica concreta. Es ahí donde convergen naturalmente lo social y lo sanitario. Es ahí donde se influyen.

Además, todo ello sujeto cada vez más a unos criterios de gestión del establecimiento que incluyen, sin distinción, a todos los profesionales. Por encontrarnos dentro de un modelo biopsicosocial, primero vamos a considerar la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social sanitario, una información que toma aspectos físicos, psíquicos y sociales. Nos centraremos en el marco teórico del diagnóstico social sanitario como parte de cualquier procedimiento de intervención, en sus definiciones, en las aportaciones de los

autores que más han trabajado el concepto desde el punto de vista de su aplicación. Si comprendemos las diferentes definiciones, vamos a ser capaces de elaborar el diagnóstico social sanitario correctamente.

## 1. El diagnóstico social sanitario: lo general

Si bien desde hace casi un siglo el diagnóstico social se ha venido definiendo en diferentes matices, todos los autores parten necesariamente de la definición reflexionada por M. E. Richmond a lo largo de quince años, como ella misma asegura en la introducción de su libro *Social Diagnosis* publicado por primera vez en 1917. Fue ella la primera en dar un contenido teórico al diagnóstico social. Lo definió así:

“El diagnóstico social es el intento de hacer una definición, la más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social, de su situación y personalidad. Ello es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que, de alguna manera, dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad”. (...) El buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que soportan el camino de reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento que se tiene que seguir. Este énfasis del trabajador debe evitar predisponerlo hacia algún factor causal del disturbio.”

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Reflexionemos sobre ello:

Nos dice Mary E. Richmond “una definición, lo más exacta posible”. ¿Qué deducimos de ello? Que el diagnóstico social sanitario en ningún caso es una clasificación, tampoco es una descripción de algo evidente que está a la vista de todos los profesionales, ni es una escala. Cualquier descripción generalista e imprecisa, que define problemas pero no los contextualiza en la persona ni en su vivencia, no puede tomarse como el diagnóstico social sanitario. Un diagnóstico social sanitario equivocado lleva a un tratamiento social sanitario equivocado y, por tanto, no produce bien. Sigue Mary E. Richmond, “En el buen diagnóstico social [sanitario] incluye todos los factores principales que soportan el camino de reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento a seguir”. Recordemos que los factores, dijo Hamilton, son hacedores. Los hechos están dados. Dijo:

Nosotros nos inclinamos a pensar en términos de factores. Un factor es un “hacedor”, un hecho es algo ya “dado”.

G. Hamilton

Por tanto, cualquier circunstancia que abruma a la persona debemos analizarla de acuerdo a las potencialidades de esta.

Por ejemplo:

Una persona que vive sola se ha caído y ha sido encontrada por su vecina y amiga. Se ha fracturado el fémur. Situémonos en el más optimista de los escenarios: la persona no ve ninguna dificultad en regresar a su casa sola y cree que no necesita ayuda. Pero nosotros sabemos, porque nos lo ha dicho el médico y la enfermera, que necesitará unos cuidados específicos para que su convalecencia resulte óptima. Tenemos dos circunstancias, por una parte la persona vive sola, en su caso, es un hecho que incrementa el riesgo de que si le ocurre algo quede al albur hasta que de nuevo la vecina la encuentre. Por la otra tene-

### Referencia bibliográfica

G. Hamilton (1923). “Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work”. En: *National Conference on Social Welfare*.

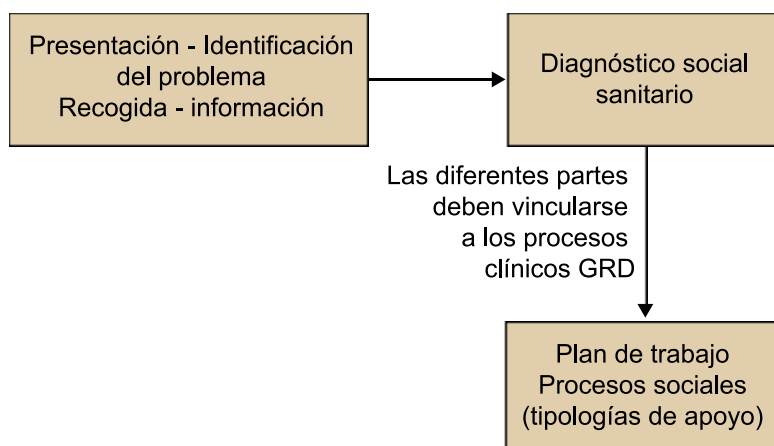
mos su visión optimista, no teme que le vaya a pasar nada, cree que puede regresar sola. ¿Qué es lo primero que deberemos trabajar? Su idea de seguir sola mientras esté convaleciente, pero además, deberemos asegurar una tipología de seguimiento que no invada su soledad, e igualmente importante, que sea consciente del riesgo al que se enfrenta, y que no podemos correr, si no recibe algún tipo de apoyo y seguimiento. No estamos elaborando un plan para el resto de su vida, pero sí debemos garantizar, desde el propio sentir de la señora, que esta convalecencia debe poder realizarse en las condiciones que el médico y la enfermera hayan señalado.

Tabla 1. Hechos y factores aplicados al ejemplo

Hecho	Factor
Vive sola	Negativo: Incremento del riesgo Positivo: Tiene una vecina amiga
Necesita seguimiento	Negativo: Cree que no necesita ayuda Positivo: Su carácter optimista y visión positiva
Etc.	Etc.

Todo ello, lo aplicamos a la realidad en la cual la persona está enclavada. Esta realidad nos indica la necesidad o no de intervenir dado que es en esa realidad dónde la persona seguirá viviendo.

Figura 1. El diagnóstico social sanitario como parte del procedimiento de intervención



Como ejemplo, de **hechos** y **factores** del caso social sanitario valga la siguiente propuesta:

Tabla 2. El caso social sanitario. Ejemplos de hechos y factores con sus atributos

Hechos	Factores	Atributos
Convivencia	Familiares	Cualidad de la relación
Agresividad en el trato	Conductuales	Conflictos con los que convive, enfermedades
Desempleo	Laborales	Tipo de contrato
Diagnóstico médico	Sanitarios	Pronóstico y necesidades de tratamiento
Tipo de vivienda		Características, habitabilidad, barreras, higiene
Obesidad	Culturales	Dietas y hábitos alimentarios, ejercicio físico



Hechos	Factores	Atributos
Mala administración del salario	Sociales	Repartición semanal del salario, en vez de una repartición mensual
Adicciones	Ambientales	Actitud de la familia
Pobreza	Económicos	Falta de trabajo, falta de formación, irresponsabilidad con el dinero
Dependencia	Políticos	Necesidades de apoyo externo
Negación de la enfermedad	Psicológicos	Necesidad de apoyo psicosocial
Etc.	Etc.	Etc.

Los **factores** del caso social sanitario intervienen, a favor o en contra, en la búsqueda de los equilibrios perdidos con la presencia de la enfermedad y las necesidades de atención y espacio salubre. Por consiguiente, el trabajador social sanitario debe valorarlos y asignarles el peso justo dentro del plan de trabajo. Gordon Hamilton explicó cómo al analizar los registros de casos se observó la variación de los **hechos** entre periodos de tiempo, entre establecimientos distintos, entre ciudades, etc., advirtiendo con ello de su temporalidad y de lo arriesgado de las generalizaciones en lo que al diagnóstico social, añadimos sanitario, se refiere. Según ella, ciertas agrupaciones (clasificaciones) de **hechos** son generales y, por ello, no valen. Pero también señala la importancia de contar con clasificaciones. En su *Theory and Practice of Social Case Work*, publicada en 1940 y reeditada en 1951, realizó tres grandes aportaciones al concepto teórico, y aportó, respecto de las clasificaciones en trabajo social, tres grandes líneas de reflexión y práctica. En el apartado “Objetivos como una prueba de la función” escribe:

“La clasificación es útil cuando se llevan a la superficie aquellas condiciones que, si se les da una atención especial, conducen a un nuevo conocimiento y métodos de tratamiento. La clasificación puede disuadir el progreso si sus valores son rígidos y se convierten en categorías permanentes de procedimientos aislados. [...] Como los problemas de los que se ocupa el trabajo social de caso, el *casework* se modifica por los factores culturales, entonces este, a su vez, modifica su propio acercamiento en términos de las condiciones culturales. El reconocimiento de ciertas características de cada rango de edad, como infancia, adolescencia o ancianidad, o de varios problemas sociales, como padres de pareja de hecho, no implica que deba crearse un “campo” especial, pero se requieren aptitudes y conocimientos especiales.”

G. Hamilton (pág. 120-123)

En el apartado “Clasificación y Declaración Diagnóstica”, Hamilton añade lo importante que es la clasificación y para ello utiliza los siguientes argumentos:

#### Referencia bibliográfica

**G. Hamilton** (1951). *Theory and practice of Social Case Work*. Nueva York y Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

“Tal como se percibe la realidad social, se trata de una agrupación, un diseño para la vida, con cualidades propias, siendo cada caso único y, sin embargo, relacionado con casos similares a través de atributos comunes. Uno no puede describir y definir sin una clasificación más de lo que uno puede evaluar sin normas y objetivos. Cada uno que piensa en el todo, debe clasificar en uno u otro sentido. Uno no puede aceptar una invitación a cenar sin pensar si se trata de una cena formal o informal, desde la clasificación, junto con otros conceptos y valores sociales, va a saber cómo vestirse. De la misma manera, las clasificaciones: “desempleado”, “rivalidad entre hermanos”, “solteras sin hogar”, “fricción matrimonial”, ayudan a los trabajadores sociales a reunir conocimientos sustantivos de la patología, a fin de completar su conocimiento de los casos concretos.”

G. Hamilton (pág. 223-224)

Pero además, en este punto señala la importancia de la “Clasificación” en el proceso diagnóstico. Escribe al respecto:

“La clasificación es indispensable para reflexionar y una parte esencial del proceso diagnóstico, su validez depende de anotar lo real, no por azar, sino por semejanzas. La clasificación es la clave del significado, no el significado total. Completar el diagnóstico requiere la definición dentro de la clase, mostrando los factores diferenciadores. Los estudiantes que han aprendido que cada caso es diferente a menudo olvidan que ellos conocen esta diferencia porque consciente o inconscientemente clasifican.”

G. Hamilton (pág. 223-224)

Y en una tercera parte, en el apartado “Medios específicos de tratamiento”, desarrolla la idea de que en cada área de tratamiento se asumen unas agrupaciones de técnicas básicas de acuerdo a los problemas a tratar.

“En cualquier área de tratamiento se supone que hay grupos de técnicas básicas adecuadas en función del problema, el objetivo, tratabilidad, la función de la agencia, y otros factores, tales como: el establecimiento de la confianza, la reducción de la ansiedad por la aceptación, apoyo, y las medidas adoptadas para asegurar una comprensión del problema y para ayudar al cliente a encontrarse con él; al mantenimiento del foco específico de las metas deseadas por el cliente a través de compartir pasos en la exploración de recursos internos y externos...”

G. Hamilton (pág. 241-243)

En el mismo apartado, en el punto “Clasificación de Métodos de tratamiento”, escribe:

“Para clasificar los principales métodos de tratamiento se han hecho una serie de intentos. Por ejemplo, ejecutivo, lo que permite (liderazgo); directos e indirectos; directo y ambiental. Todas las capas sociales y personales se combinan y se superponen. Cualquiera de ellos debe usarse en cada caso particular, pero ponderándose la diferencia de los otros. En esta conexión la terminología no es precisa. «Tratamiento» es la terminología más comúnmente usada, pero también se encuentra «servicios sociales», «proceso de ayuda» y «terapia», la última demasiado a menudo ofrecida incorrectamente como un equivalente al «tratamiento».”

G. Hamilton (pág. 241-243)

Y la siguiente reflexión acerca de la palabra *tratamiento* y sus estereotipos resulta de una gran brillantez. Escribe:

“El término *tratamiento* se usa en medicina, pero también se usa el término para terminar una pieza de mueble, no es necesariamente o exclusivamente un término «clínico» [...] Para simplificar, debemos discutir las aproximaciones principales bajo tres clasificaciones, denominadas (a) administración del servicio práctico (b) manejo ambiental, (c) tratamiento directo.”

G. Hamilton (pág. 241-243)

La clasificación social sanitaria, para su correcta aplicación lleva implícitos unos límites, el primero es que debe ser una herramienta de uso exclusivo para los trabajadores sociales sanitarios. Bajo ningún pretexto la clasificación social sanitaria puede ser un atajo para que los otros profesionales, en especial de la medicina y de la enfermería, penetren en esa esfera tan delicada y sensible de toda persona, que es la social. La clasificación social sanitaria en manos diferentes a las de los trabajadores sociales sanitarios puede acabar siendo una manera de cosificación de las personas. Pero ello tiene que ver con el mal uso que cada uno realice de la herramienta, no con el instrumento en sí de que se trate. Ese mal uso también puede darse de la mano de los mismos trabajadores sociales sanitarios, por ejemplo, convirtiéndola en un fin. Las razones primeras que llevaron a pensar en la “clasificación” fueron la necesidad de iniciar procedimientos científicos y generar conocimiento propio de trabajo social. A lo largo de este siglo, las razones no han cambiado apenas, pues en su base, como se ha señalado, yace la necesidad de ordenar una información, unos datos, para después estudiarlos y analizarlos, combinarlos, interpretarlos. Parafraseando al Dr. Cabot, en la clasificación o la agrupación se encuentra el “comienzo de la ciencia”. Cien años después, los trabajadores sociales sanitarios, vale decir que en su mayoría, sienten la necesidad de adentrarse en la disciplina a partir de las posibilidades que otorga la ciencia aplicada. Dicha necesidad, viene hoy alimentada, además, por los modelos actuales de gestión del Sistema nacional de salud, apoyados, para su análisis, en agrupaciones diagnósticas, variables y parámetros diversos. También en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

La inclusión de determinados parámetros sociales, por ejemplo, índices de complejidad, índices de cobertura, etcétera, en las herramientas de gestión y evaluación de los casos sociales sanitarios es uno de los retos de futuro. A lo largo de la investigación se ha ido confirmando que la “Clasificación de Diagnóstico Social Sanitaria” es básica para ello y como tal, resulta un instrumento facilitador de una de las competencias directas de los trabajadores sociales sanitarios “La investigación aplicada vinculada a la transformación de realidades individuales y por ende, colectivas”. Así, toda “clasificación de diagnóstico social sanitario” que ponga de relieve características de las realidades, de las cuales se obtiene la información para elaborar el diagnóstico y a la vez las realidades sobre las cuales se interviene, de qué manera, tanto en el plano psicosocial como de los apoyos externos, es, además, una potente herramienta de “planificación y seguimiento de tendencias”. Ello es de esperar que devuelva a los trabajadores sociales sanitarios a su papel real, el que la naturaleza de trabajo social sanitario imprime, la posibilidad de recuperar un rol protagonista y activo en el desarrollo y planificación de servicios y programas de apoyo para

### Contenido complementario

En realidad Hamilton usa textualmente el término *manipulación*. Para la traducción se ha optado por *manejo*, pues aunque ella, como se ve en el texto mismo, aclara lo de la “manipulación”, en español esta palabra tiene una connotación muy negativa.

completar la acción social. Este es un rol propio, lo que no significa exclusivo, pues la información que vincula las variables sanitarias a las sociales está en el servicio de trabajo social sanitario.

El diagnóstico social sanitario se inscribe dentro de un caso social sanitario. Veamos de nuevo cómo Gordon Hamilton definió el caso social en 1940:

“Un caso social no viene determinado por el tipo de cliente (familia, infancia, persona mayor, adolescente), no puede venir determinado por el tipo de problema (problemas económicos, problemas de conducta). El caso social es un acontecimiento vital en el que siempre hay proporciones, variables de lo económico, lo físico, lo mental, lo emocional y de los factores sociales. El caso social está compuesto de factores internos, externos o medioambientales. Uno no trata a las personas en un sentido físico o en un sentido medioambiental, las trata en relación con sus experiencias sociales y con relación a sus sentimientos con respecto a estas experiencias.”

**G. Hamilton** (1951). *Theory and practice of social case work* (págs. 3-4). Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Pero volvamos a la construcción del diagnóstico social sanitario. En cada caso, el diagnóstico indicará cómo los elementos que lo integran, los materiales y los humanos, tanto los estructurales como los coyunturales se relacionan y se influyen en ese momento particular de la vida de la persona, considerando de igual forma el pasado y el futuro mediante el pronóstico social sanitario. Con la emisión diagnóstica planificaremos nuestra intervención dentro del proceso social sanitario correspondiente y priorizaremos nuestras acciones no genéricamente, sino de acuerdo al caso. Hamilton las divide en tres aproximaciones: “La administración de un servicio práctico, la atención al medio ambiente y el tratamiento directo”.

Valoraremos los métodos (*counseling*, entrevista terapéutica, etc.) que vayamos a aplicar para incidir sobre esta realidad de la persona y no otra y en función de nuestros objetivos que no debemos olvidar son los de la persona y que con ella se han consensuado. La realidad que compone el tapiz de cada caso social sanitario, en gran parte, es un conjunto de axiomas que sometidos a la interpretación profesional dan como resultado el dictamen del diagnóstico social sanitario. Cada uno por separado puede aportar información sobre riesgos pero es cuando se contextualiza cuando estos riesgos toman la forma y el peso real dentro del diagnóstico social sanitario. Todo se apoya en el conjunto de fuentes a las cuales hemos acudido y es por medio de las fuentes como podemos disponer de una mayor panorámica del caso. Recordemos que existen tres aspectos básicos para comprender el diagnóstico social sanitario:

- No puede confundirse con una clasificación si bien ésta será necesaria para proceder después a la codificación y análisis de las partes y atributos.
- No puede ser tan generalista que, una vez definido, genere dudas y vacíos o permita la elucubración.
- No puede tratarse como una descripción de hechos o circunstancias que están al alcance y a la vista de todos los profesionales.

#### Axioma

La RAE define *axioma* como: “Proposición tan clara y evidente que se admite sin necesidad de demostración. Cada uno de los principios fundamentales e indemostrables sobre los que se construye una teoría”.

Si bien no existen dos diagnósticos sociales sanitarios iguales, como podemos deducir al estudiar la definición y dada su naturaleza, ante el mismo caso social, dos, tres, cuatro, cinco trabajadores sociales deberían concluir con el mismo diagnóstico social sanitario. Un punto débil lo marcan las discrepancias diagnósticas entre profesionales. Un aspecto sobre lo que enfatiza la misma M. E. Richmond y que sigue vigente en nuestro tiempo es que no todo lo social es susceptible de ser tratado desde el trabajo social.

### **1.1. Sobre qué hacer, cómo hacerlo y la incertidumbre del qué sucederá**

M. E. Richmond y otras pioneras muy pronto se empezaron a preocupar por los métodos del trabajo social. Cuestionaron el hacer “qué” y el “cómo” hacerlo. Un paréntesis para recuperar el concepto de catálogo de prestaciones y cartera de servicios. El primero responde al “qué” se hace, qué prestaciones y servicios se dan, el segundo al “cómo” responde a la cartera de servicios, con qué procedimientos y técnicas se prestan dichos servicios. En el “cómo” es donde encontramos la diferencia entre la ayuda profesional desde el trabajo social sanitario y la ayuda social espontánea, filantrópica. Según el o los destinatarios de la intervención profesional ese “cómo” variaría. Recordemos el texto, ya citando anteriormente, que escribía M. E. Richmond en 1911:

“Hay un arte en el principio, si consideramos nuestra primera intervención tratando de averiguar qué hacer por un niño pequeño que ha quedado huérfano e indigente, o nuestro método en esa gran empresa relacionada con la tentativa de reducir el número de huérfanos indigentes en los Estados Unidos. Ambas tareas sociales exigen una investigación social, aunque la investigación que es particularmente mi tema sea la que precede alguna forma de tratamiento social, no para un gran grupo, sino para un individuo. (...) En el intento de dejar de lado conjeturas preliminares con respeto a este arte de principio, tomo prestado para la conveniencia y la brevedad dos palabras(...). La ciencia de la medicina se distingue claramente entre su laboratorio y sus investigaciones clínicas. Nosotros también tenemos la necesidad tal distinción. Skeat nos dice que la forma más temprana de la palabra laboratorio era elaboratorio, ello sugiere el taller en el cual las cosas pueden elaborarse o resolverse pacientemente y con cuidado.”

M. E. Richmond (1911). “Of the art of beginning in social work”. En: *National Conference on Social Welfare* (págs. 373-379).

El diagnóstico social sanitario es una construcción que se da en el “elaboratorio” una vez que hemos recogido la información necesaria, la hemos ordenado e interpretado. Debemos comprender que todo esto no es algo que se da de repente; esto sigue un itinerario marcado por la transferencia y la contratransferencia, por los temores y esperanzas de cada una de las partes, pero también por el grado de resiliencia. Para lograr la máxima empatía con la persona debemos mantener una actitud de escucha e interés por lo que nos está contando y ser muy cautos en transmitir nuestras primeras hipótesis de trabajo precipitadamente. Y tampoco podemos caer en esas primeras impresiones que pueden verificarse o no.

La capacidad de escuchar es uno de los requisitos exigibles a todo trabajador social sanitario, la información que vayamos obteniendo, todos los hechos que vayamos observando a lo largo de las diferentes entrevistas, los deberemos contextualizar e interpretar desde el trabajo social sanitario, ello desde lo psicosocial y ambiental, tomando siempre a la persona como principio y fin.

Es la persona la que debe poder, con nuestra intervención, resolver las dificultades que se interponen en su bienestar.

Dado que estamos en un modelo de atención biopsicosocial, como veremos más adelante, dicha contextualización tomará el ámbito de lo biológico, de lo psicológico y de lo social. El conjunto de casos nos permite un análisis periódico del colectivo de personas atendidas. Unas veces apoyándonos en otros resultados, otras veces sembrando hipótesis de trabajo para posteriores investigaciones, para satisfacer una de nuestras funciones, la de investigación constantemente iremos analizando y agrupando los casos generando conocimiento que nos permita ir estableciendo elementos comparativos para diferenciar métodos de intervención.

Una de las características de los textos de las profesionales precursoras, en su mayoría mujeres, es su reflexión acerca de los conceptos y cómo los aplicamos en la práctica del trabajo social cuando atendemos a las personas.

Ilustra esta reflexión un texto de Gordon Hamilton. En 1934 muestra su inquietud acerca de la aplicación de la teoría en la práctica y escribe:

“Qué conceptos o técnicas del *casework* se trasladan a la práctica de nuestras agencias de bienestar en su expansión corriente. (...) El *casework* en la última centuria ha tendido a acrecentar la idea de que unos servicios sociales adecuados van a disminuir la necesidad de ayuda. El *casework* en las primeras décadas de la centuria ha empezado a desarrollar la idea de que la ayuda era más efectiva si venía soportada por los servicios sociales. (...) Los trabajadores sociales en las agencias públicas han orientado su influencia construyendo la ayuda para hacer todo tan soportable como sea posible, filosóficamente porque ellos no creen en el principio de la fuerza de disuasión, más bien de suficiencia y técnica por medio de ciertas prácticas.

**G. Hamilton** (1934). “Casework responsibility in the unemployment relief agency”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (págs. 389-398). Nueva York.

En 1937 Hamilton continuaba evolucionando en sus observaciones acerca del trabajo social de caso, el *casework*. Seguía perfilando la práctica visualizándola dentro del mundo que se estaba conformando. Si bien en 1937 aún faltaban ocho años para la creación de las Naciones Unidas (octubre de 1945) y once años para la Declaración Universal de los Derechos Humanos (diciembre de 1948), el mundo estaba eclosionando.

“Como los movimientos humanitarios han tenido tanta identificación con los privilegios económicos y la ayuda, fácilmente, se alía con el poder o el patrocinio, los críticos de la ideología de trabajo del *casework* tienden a sustituir el concepto de derechos por el concepto de necesidades, como si los dos estuvieran opuestos. Nosotros no deberíamos engañarnos con esto. Las necesidades humanas no son menos importantes porque hayamos clarificado y decidido sobre el establecimiento de derechos humanos. Los derechos humanos implican la definición, la clasificación y el tratamiento común; las necesidades humanas implican la individualización dentro de las más amplias clasificaciones y el tratamiento diferencial.”

**G. Hamilton** (1937). “Basic concepts upon which case-work practice is formulated”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (págs. 138-149). Nueva York.

La elaboración del diagnóstico social sanitario dentro de esas teorías no está exenta de dificultades. La primera surge cuando lo queremos comprender equiparándolo al diagnóstico médico; el acto diagnosticar es el mismo para todos, pero la construcción, las técnicas diagnósticas aplicadas, los instrumentos diagnósticos empleados, los mismos indicadores psicosociales son distintos a los sanitarios. Si aceptamos, sobre la base de lo dicho, que no pueden existir dos diagnósticos sociales sanitarios iguales, podemos decir que el diagnóstico social sanitario equivale, metafóricamente hablando, al ADN del caso. Eso lo convierte en único. En cambio, los diagnósticos médicos no presentan esa particularidad. ¿Por qué? Porque en el diagnóstico social encontramos el factor humano y emocional. Las emociones varían.

Las pioneras no cesaron en la observación y descripción de unos métodos frente a otros. Sus argumentos eran un conglomerado de acciones cuestionadas siempre dentro de su contribución a la mejora de las circunstancias de las personas objeto de intervención. Se trata de encauzar el cambio de una realidad infructuosa o adversa a otra realidad más benéfica y sana. La teoría y la práctica son engranajes inseparables de la misma acción. La intervención que no viene apoyada por ninguna teoría no es una intervención profesional. Puede ser ayuda, pero no es una ayuda profesional.

Para el estudio del caso social sanitario hay que delimitar las partes que lo componen y en cada parte los hechos que lo conforman. Ello es un simple acto de organización para facilitar el estudio y un acto racional de desagregación del conjunto que siempre en la vida real se nos presenta mezclado. Esta puntualización obedece a que, como se verá, por una parte los pioneros señalan la penetración de las variables en otras variables. Por ejemplo, una persona que vive aislada sin posibilidades de contar con ayuda y momentáneamente se ve seriamente afectada por una infección respiratoria. Estas tres variables conforman una realidad, pero si se combinan de diferente manera, conformarían otra. Cada una implicaría un diagnóstico social sanitario diferente.

El primero sería distinto del segundo; el trabajador social sanitario en su “laboratorio” delinea el escenario concreto de ese caso concreto y señala sus consecuencias así como los posibles caminos y pasos para solventarlas. Las variables del caso social sanitario no se pueden aislar unas de otras, salvo para el análisis. Tomemos otro ejemplo: ¿qué hacemos ante un niño abandonado?, ¿cuáles son los pasos que damos ante un niño abandonado en urgencias y es-

tos pasos qué orden siguen?, pero ¿qué hacemos ante un anciano abandonado?, ¿cuáles son los pasos que damos ante un anciano abandonado en urgencias y estos pasos qué orden siguen? Con ello, entendemos que ante una misma realidad, el abandono de un niño en urgencias, seguiremos pasos similares cuando nos encontremos con otro niño abandonado en urgencias. Diremos que protocolizamos la intervención. Pero ante un mismo hecho, el abandono, ¿cambiamos los pasos que damos ya se trate de un niño o de un anciano?, ¿por qué? Primero porque la amplitud y variables del caso social sanitario así lo exige. Pero el “abandono” no es el diagnóstico social sanitario es una circunstancia, un problema, pero no un diagnóstico.

Recordemos los procedimientos como los pasos que hay que seguir de obligado cumplimiento. Hablamos de procedimientos para igualar el lenguaje al usado dentro del sistema sanitario actual, pero igualmente sería válido hablar de metodologías. Los protocolos son procedimientos que marcan la secuencia de acciones profesionales ante una situación o circunstancia concreta, en este caso sería “el abandono”.

### **1.1.1. Atención profesional individualizada versus trabajo social de caso**

M. Colomer habló de la atención profesional individualizada en 1974 en los siguientes términos.

“Sin embargo, nos atreveríamos a decir que esta asistencia individualizada no es sinónimo de práctica de *casework*. Existen numerosos servicios de carácter individualizado para orientación social, atención a necesidades de emergencia, etc., que no posibilitan la práctica profesional de *casework*. En otros servicios, que por naturaleza podrían dar lugar a ello, no se realiza en la práctica la teoría del método, aunque sus principios y líneas generales informen la actitud y habilidad profesional del asistente social. Creemos que es indiscutible el hecho de que la realidad española no favorece la realización de la teoría de los métodos tal como está planteada”.

M. Colomer (1974). “Método de trabajo social”. *Revista de Trabajo Social* (núm. 55, pág. 14).

Un análisis que sigue vigente en algunas áreas del trabajo social sanitario, especialmente las que intervienen en servicios de alta tecnología, de agudos y urgencias. En este sentido, la dinámica del servicio no admite, por lo general, el trabajo social de caso, el *casework*, que por su naturaleza requiere de más tiempo.

La atención profesional individualizada es una fórmula asistencial común y frecuente en el servicio de trabajo social sanitario, cada vez más. Viene condicionada por la organización superior del propio establecimiento. La atención profesional individualizada está particularmente presente, por ejemplo, en la atención a las personas que acuden a urgencias y que no requieren ingreso. Básicamente estaríamos hablando de casos que mantienen con el estableci-



miento un contacto puntual que, limitado a un tiempo concreto y condicionado por el perímetro de la prestación sanitaria, obliga a redefinir el perímetro de la prestación social.

Una particularidad de la atención profesional individualizada es su acción puntual y necesaria en aquel momento concreto que exige una toma de decisiones rápida, ágil y óptima, pero sobre todo profesional. Cuando decimos profesional nos referimos a que hay un conocimiento implícito y tácito que se aplica automáticamente. Otra particularidad es que la presión de la misma circunstancia psicosocial a resolver impide el dictamen del diagnóstico social sanitario que requiere mucha más información y observación.

### Ejemplos

Ante una madre atendida en urgencias que manifiesta no tener a nadie que recoja sus hijos en la escuela, lo primero que cabe resolver es la recogida de los niños; si además añade que no tiene nada para darles de comer, vamos a ver qué gestiones podemos hacer para resolver la falta de alimento, sea por la vía que sea (vecinos, parroquia, ONG, tickets de alimentos, etc.). El cómo se ha llegado ahí, el cómo intervenir para que la madre pueda mejorar su situación económica es otro estadio de la asistencia.

Cuando en urgencias ingresa un esposo que se ocupaba de su esposa enferma que se ha quedado en casa sola, lo primero que cabe resolver es la atención de la esposa en la casa, sea por la vía que sea; el estudio del caso y su orientación futura vendrá después.

Ante determinadas circunstancias, lo primero es la acción eficaz porque la urgencia es evidente. No vale iniciar una entrevista con la finalidad de recoger información colateral que si bien se requerirá para establecer el diagnóstico social sanitario en este momento, se puede afirmar claramente que no sirve a las expresiones del caso. Esto queda en un segundo plano.

Ya sabemos que lo urgente es distinto de lo importante. Así pues, la atención profesional individualizada viene dada ante la exigencia de realizar una intervención que, indudablemente, debe brindar el trabajador social sanitario por ser el profesional que dispone de las habilidades y herramientas que garantizan el mejor resultado de las gestiones que esta situación exige. Dicho esto, la atención profesional individualizada no puede tildarse de una intervención menos profesional que pueda dispensar cualquiera con voluntad de ayudar. Sería dar a la intervención un corto horizonte sin visos de solución. Es simplemente una atención particular en un momento particular y con unas circunstancias particulares. Nada impide el seguimiento posterior o la derivación a otro servicio.

Debemos insistir en que el diagnóstico social sanitario no es un listado de situaciones problemáticas, ni una mera descripción de atributos psicosociales, no es un registro de características, y eso es lo único que permite la atención profesional individualizada. Sin embargo, ese listado de problemas que podemos confeccionar, su combinación, su incidencia sobre la vida de la persona, de su familia, los atributos psicosociales son los que, según se influyan, como ocurre con los vasos comunicantes, desatan el imperativo de una atención profesional individualizada como paso previo y con un claro horizonte hacia

#### Circunstancia psicosocial

La persona acude al establecimiento sanitario por un problema de enfermedad y presenta una situación concreta y puntual que requiere una respuesta rápida, por ejemplo falta de alimentos, incapacidad para acudir al centro de salud, etc. Queda patente la existencia de una primera realidad que requiere una primera respuesta.

el trabajo social de caso, *casework*. Las diferentes circunstancias quedan vinculadas y cosidas unas a otras en la descripción del diagnóstico social sanitario, el cual viene a ser el zurcido temporal que permite ver la panorámica general.

La práctica de la atención profesional individualizada se da entre una o dos entrevistas, quizás tres. Como máximo permite una primera valoración psicosocial, unas primeras deducciones (hipótesis) que deben corroborarse y, una vez resuelta la primera emergencia, se produce la derivación activa (con contacto directo) hacia el servicio receptor más adecuado que, a su vez, deberá iniciar un estudio con profundidad.

En la investigación *El diagnóstico social sanitario* realizada entre el 2006 y el 2008, se preguntó acerca del método de intervención habitual y se dio tres posibles respuestas:

- Atención profesional individualizada.
- Método de trabajo social de caso, *casework*.
- Ambas.

Las respuestas válidas (N = 107) dan un porcentaje del 92,52% de intervención de ambos modelos. Esta realidad viene justificada por el entorno sanitario actual y por el tipo de necesidades o demandas planteadas. No obstante, desde el trabajo social sanitario no podemos renunciar a nuestra responsabilidad profesional básica que es el diagnóstico social sanitario. Sí debemos tener en el punto de mira la implementación de sistemas integrados que permitan compartir partes de los procedimientos entre la atención especializada y la atención primaria gestionando procesos coordinados y encadenados que se inician en uno u otro ámbito y finalizan en uno u otro ámbito. El diagnóstico social sanitario que se comparte es la bisagra que permite articular todas las acciones entre ambos niveles.

### La Juez Grey

En uno de los episodios de una serie televisiva llamada *La juez Amy*, la madre de la juez en la serie, Maxine Grey, es trabajadora social de menores. Alguien le decía: “esos jóvenes no van a cambiar nunca, no pierda el tiempo”. A lo que ella, más o menos, no puedo recordar las palabras exactas, respondía: “señora, si yo como trabajadora social pensara como usted, que esos jóvenes no van a cambiar nunca, mi profesión perdería todo su sentido de ser”. Ese comentario daba en el clavo del valor y sentido del trabajo social. Si el cambio no fuera posible el trabajo social no tendría sentido.

La atención profesional individualizada, además de requerir una gran habilidad, debemos concebirla como un procedimiento cuyas fases vamos a seguir. Insistimos en que dicha intervención no debemos valorarla de manera peyorativa, ni como una manera inadecuada de intervenir o una atención menos valiosa. Al contrario, debemos ver su importancia como puerta de entrada a un trabajo social sanitario de caso.

### Lectura complementaria

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

### Referencia bibliográfica

D. Colom (pendiente de publicación). *El diagnóstico social sanitario*. Madrid: Asociación Española Trabajo Social y Salud.

El diagnóstico social sanitario requiere un estudio profundo del caso social sanitario y conlleva una intervención social ayudándose de técnicas y estrategias que corroboran o desestiman hipótesis de trabajo. La intervención social sanitaria contiene una intención que se describe mediante un objetivo general y unos objetivos específicos que sirven para alcanzar el general. Los objetivos, a su vez, se redactarán para facilitar la evaluación de la evolución del caso social sanitario pudiéndose identificar cuál ha sido el recorrido y los logros. Debemos preguntarnos:

- ¿En qué servicios prestamos con más frecuencia una atención profesional individualizada?
- ¿Cuáles son las demandas más habituales?
- ¿En qué servicios aplicamos el procedimiento de trabajo social de caso, *casework*, u otros?
- ¿En qué servicios se interviene por programas?
- Etc.

Podemos concluir diciendo que, dentro de los procedimientos de trabajo social de caso mientras no se disponga del diagnóstico social sanitario, toda intervención es atención profesional individualizada puesto que actúa de manera “reactiva”.

## **1.2. Tres puntos críticos desvirtúan el diagnóstico social sanitario**

Si recordamos la definición dada por M. E. Richmond, incluye la frase “lo más exacta posible”. El día a día permite observar los principales riesgos que permea la elaboración del diagnóstico social sanitario. Así, se revelan tres realidades que debemos evitar:

- La generalización de las descripciones y de los elementos que conforman los detalles del diagnóstico social sanitario.
- La confusión entre el diagnóstico social sanitario y las herramientas diagnósticas que podamos aplicar.
- La toma de un problema, atributo, característica, por el diagnóstico social sanitario.

### **1.2.1. La generalización de las descripciones**

Las generalizaciones destruyen la diferencia, la diluyen y todo parece lo mismo. Ello entraña riesgos psicosociales para la persona enferma y para su familia o red social que lejos de verla como única se la diluye igualmente con la mayoría. La generalización encierra la confusión y ésta suele llevar al error. Los errores diagnósticos en trabajo social sanitario se revelan en el plan de trabajo, en los procesos sociales en los que se incluye a la persona y en su ejecución.

Dichos errores se pondrían de relieve en la evaluación cuando se viera que no se ha logrado mejorar el bienestar de la persona ni resolver dificultades pero la generalización también impide evaluar.

¿Qué vamos a validar? La generalización evita la precisión y permite la elucubración. Evita el compromiso y la responsabilidad profesional, pero además, impide el seguimiento del caso. Con el paso del tiempo, después de unos días, quizás semanas o meses, la riqueza de los detalles diagnósticos quedará perdida en la generalización de lo escrito. La precisión, por contra, permite diferenciar un caso de otro, no tanto en la utilización de recursos externos, sino en el tratamiento de *casework*. Es fácil encontrar narraciones en las historias de trabajo social sanitario que apuntan en la dirección diagnóstica y raramente la concretan dejando así abiertos numerosos interrogantes.

Las generalizaciones borran el factor diferencial, ese que imprime el *quid*, ya no sólo entre el trabajo social sanitario y las otras profesiones con las que se convive sino entre el trabajo social sanitario y el trabajo social en otros ámbitos. Un puente de barro que sugiere que el trabajo social sanitario puede desarrollarse desde los servicios sociales, por ejemplo, la enfermería, la administración o desde otras profesiones, etc.

La generalización va unida a la superficialidad. A modo de ejemplo, imaginemos un diagnóstico médico: “persona enferma con serios problemas”. O “persona con fuertes dolores”. La mayoría de los seres humanos pueden expresarse en esos términos. Cualquiera puede ver esa realidad, ese problema de la persona enferma, hasta el propio enfermo se sabe enfermo. Pero es evidente que ello no es el diagnóstico médico; esa enfermedad debe especificarse a partir del estudio clínico y una vez diagnosticada la debe tratar un especialista. El diagnóstico lleva hilvanado el tratamiento y éste tiene un fin: la mejoría o el mantenimiento. Para diagnosticar siempre se requiere al especialista, su saber, su conocimiento, un ir mucho más allá de lo general, de lo obvio que se encuentra a la vista y que todos pueden concluir. Lo que ofrece el médico es, precisamente, el “diagnóstico médico”, el que concreta “la enfermedad y los serios problemas”, o los “fuertes dolores” y, además, establece un plan terapéutico para su resolución. Con este ejemplo burdo, ejemplificamos la imprecisión de dichos enunciados desde otra ciencia como es la medicina.

Si ello se solapa con el diagnóstico social sanitario, el equivalente sería el siguiente descriptor: “persona con problemas sociales relacionados con la enfermedad”. Ello también es evidente para la mayoría de las personas, cualquiera puede darse cuenta de ello. Pero ello, en ninguna forma es el diagnóstico social sanitario. Está al alcance de una mayoría, como lo está: “persona que carece de familia que le ayude”.

Ocurre exactamente igual, todos aquellos que se relacionan con el caso social sanitario ven que la persona no tiene familia que le ayude. El observador externo se dirá “¿y?”. Este observador externo está demandando el diagnóstico

social sanitario. Una primera reflexión que se desprende del ejemplo anterior es que: “cualquier descripción que se quede en lo evidente, en lo que puede ver cualquiera a simple vista, no puede considerarse el diagnóstico social sanitario. En todo caso, dicha descripción será un síntoma, un punto de partida para establecer las fuentes de información, acudir a ellas e iniciar la construcción del diagnóstico social sanitario”.

### **1.2.2. La confusión entre el diagnóstico social sanitario y herramientas diagnósticas que podemos aplicar**

Un segundo aspecto que se observa a menudo es la confusión entre diagnóstico y las herramientas diagnósticas: escalas, clasificaciones, etc. Se da más valor a la herramienta que al diagnóstico. Algunas veces, se oye: “Nosotros hace muchos años que trabajamos con el diagnóstico social”. Y uno sólo puede pensar: ¡faltaría más! Lo venimos diciendo: el trabajo social, indiscutiblemente está unido al diagnóstico social. ¿Qué tiene de excepcional que el trabajador social elabore el diagnóstico social? Pero muchas veces a esa primera afirmación se le añade la segunda parte igualmente grave: “Estamos unificando todos los diagnósticos sociales y también los estamos codificando para su tratamiento informático”. Dicha observación es la evidencia de que no se refieren al diagnóstico social sanitario, sino a alguna clasificación, escala, etc. Dicha observación certifica la confusión. Por definición, insistimos en que cada diagnóstico social sanitario, es distinto de otro. Diferencia que viene condicionada por la unicidad de la persona, de su familia, de su diagnóstico médico, de su pronóstico médico, de las variables y el evento vital que conforma el caso social sanitario que no se puede codificar.

Pero dicho esto, también ocurre que las descripciones, más o menos amplias del diagnóstico social sanitario precisamente por detallar y precisar tanto del caso social no permiten más que la atención individual. Y en esa línea necesitamos un sistema de agrupación, pues así nunca podríamos hablar de ciencia. Como consecuencia, esa unicidad para ser estadísticamente útil requiere filtros que permitan agrupar y codificar la información que contiene. La clasificación es sólo una herramienta de trabajo que a día de hoy se ha hecho ciertamente imprescindible, pero no se puede confundir el vehículo con el conductor o con la carretera.

### **1.2.3. La toma de un problema, atributo, característica, por el diagnóstico social sanitario**

Vayamos al ejemplo anterior sobre el caso de un niño abandonado en urgencias, o de un anciano abandonado en el hospital. El diagnóstico social sanitario nunca será “niño abandonado en urgencias” o “anciano abandonado en el hospital”. Este hecho “el abandono” será la puerta de entrada al caso social. El motivo que iniciará el camino del estudio del caso, la búsqueda de informa-

ción, la interpretación de los hechos, el análisis positivo de los factores. Y ello es lo que imprime el factor diferencial entre el diagnóstico social sanitario y una observación verdadera y cierta, pero obvia para todos.

### **1.3. En el contexto del caso social sanitario: el diagnóstico social sanitario**

Una vez que hemos identificado la existencia de un caso social sanitario iniciamos el procedimiento de intervención. Sea cual sea debemos rescatar los elementos que, desde el trabajo social sanitario, son susceptibles de estudio, diagnóstico y plan de trabajo-tratamiento. En su definición, el caso social sanitario, como ya hemos visto, congrega un conjunto de circunstancias, eventos, hechos, factores, etc., de la persona y su familia sobre una realidad dominante, la enfermedad, aguda o crónica que padece uno de sus miembros. Nos fijamos en sus efectos, en cómo éstos penetran y afectan a lo social. El estudio, imprescindible, lleva al diagnóstico social sanitario y éste nos lleva también al plan de trabajo, la intervención. Para facilitar la comprensión del caso social sanitario académicamente vamos a analizar material bibliográfico.

Por metodología de trabajo y para facilitar el seguimiento de la particular progresión de los conceptos básicos vamos a seguir un orden cronológico según la fecha de publicación. Los autores escogidos, como en el crédito de antecedentes históricos, no dejan de ser una elección basada en un criterio: la profundidad y el valor de sus aportaciones, el rigor y la base científica de sus exposiciones. Como se señaló ya en el primer crédito sobre los antecedentes históricos, la elección de unos textos frente a otros es un paso obligado en este tipo de revisiones. En cualquier caso, recordamos a todos los profesionales la importancia de acudir a las fuentes. Necesariamente los textos pertenecen a autoras y autores pioneros, puesto que fueron quienes sembraron ese campo de la acción de ayuda transformada en teoría. La mayoría de ellas y ellos vivieron a finales del siglo XIX, primera mitad del siglo XX. Los autores actuales que han abordado el diagnóstico social necesariamente se han nutrido de esas mismas fuentes. Por lo tanto, optamos por acudir directamente a ellas, estudiar los textos literales de quienes iniciaron el camino de la profesionalización del trabajo social, hecho que tuvo como telón de fondo, en gran medida, el campo sanitario. Fue ahí donde se dieron importantes avances metodológicos.

Son textos de gran valor precisamente por su carácter académico y su voluntad formativa. Sirven para reflexionar tanto sobre las teorías, como sobre su aplicación práctica.

El trabajo social sanitario no es una teoría abstracta, dichos textos veremos que penetran en lo básico y esencial del trabajo social sanitario. Las autoras y autores, con sus dudas y reflexiones, con sus correcciones y virajes, como

requiere toda evolución, con su liderazgo incuestionable, todavía hoy ponen de relieve maneras de abstraer la teoría observando la realidad a través de las ventanas de la ciencia aplicada.

Hemos visto que el trabajo social sanitario no es una ciencia exacta, como tampoco lo es la medicina, sin embargo, como venimos diciendo es una ciencia en la medida que aplica métodos y conocimientos científicos y, a la vez, genera nuevos conocimientos; se vale de ellos para conformar escenarios, es una ciencia en la medida que, mediante la investigación experimental, puede establecer probabilidades secuenciales en realidades asociadas a unas causas sabiendo que, como ya dijo G. Hamilton en su libro *Theory and practice of Social Case Work*, es muy difícil en lo social establecer causas y efectos. Hoy, gracias a las tecnologías de la información podemos estudiar los datos de los que disponemos y sabemos que ante una misma causa, el arbolado de efectos se va diversificando al igual que la misma existencia de las personas, sus vidas. Sin embargo, ello no debe interpretarse como un determinismo.

En el trabajo social sanitario, como en otras muchas disciplinas dedicadas a lo humano, no se puede hablar de determinismo, pues ante una misma causa se pueden recorrer caminos diferentes que producen efectos diferentes. La *resilience*, la capacidad de cada uno es parte de esa dificultad de establecer *a priori*, no tanto los efectos sino cómo éstos influirán y deberán gestionarse. De ahí, la importancia de la investigación desde el trabajo social sanitario, pues con sus resultados, desde una óptica longitudinal, se puede definir probables efectos sabiéndose siempre dentro de un grado, más o menos notable, de incertidumbre. Escribe el profesor Escohotado acerca del determinismo:

“El determinismo dice que las mismas causas producen los mismos efectos, siguiendo todo sistema la pauta de sus condiciones iniciales, y siendo por eso calculable o adivinable. Pero tropezamos a cada paso con sistemas “sensibles” a esas condiciones iniciales, que responden a microcambios con macrocambios y presentan la necesidad como resultado de aleatoriedades (...). Tratándose de una sociedad como la nuestra nada sabemos a ciencia cierta, salvo que exhibe también un orden por fluctuaciones, derivado de haber ido –eligiendo– en sucesivos puntos de bifurcación.”

A. Escohotado (1999). *Caos y Orden* (págs. 11-14). Madrid: Espasa Calpe.

Un párrafo muy útil para el trabajo social sanitario que suele encontrarse con caminos bifurcados en los que los trabajadores sociales sanitarios se aplican para manejar las incertezas. Pero dicho esto, nada impide a los profesionales apoyarse en su realidad particular (demográfica, epidemiológica, etc.), en otras investigaciones y establecer posibles modelos.

Sería un reduccionismo abordar la teoría del diagnóstico social sanitario desde una única visión. Es importante que los trabajadores sociales sanitarios puedan identificar dentro de qué modelo se encuadra su intervención y a qué autor pertenece.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Lectura complementaria

A. Siebert (2007). *La resiliencia* (pág. 18). Barcelona: Alianta.

En la definición de diagnóstico social es común el uso de la palabra *juicio*. Un juicio basado en evidencias, pruebas, documentos, hechos y factores: el diagnóstico social sanitario no puede ser un conjunto de argumentos, ni suposiciones. Es una deducción de las consonancias y disonancias de determinadas realidades siempre dentro de un modelo teórico. Ello es un ejercicio íntimo apoyado en cada ética particular y expresado por medio de la responsabilidad del ejercicio profesional de la cual no se puede hacer dejación. El término *diagnóstico*, en el campo que sea, encierra una gran responsabilidad y el profesional lo sabe.

Muchos de los trabajadores sociales sanitarios manifiestan a menudo su inquietud para “diagnosticar bien”. El diagnóstico social sanitario es un juicio y, por lo tanto, éste jamás puede ser una burocracia que recoge datos. Siempre requiere del profesional para la interpretación y contextualización.

#### 1.4. Teoría del diagnóstico social y aplicación al campo sanitario

¿Cómo explicaban los primeros años los autores el trabajo social sanitario, aquel entonces denominado servicio social médico? La panorámica es amplia.

Dentro de las sesiones de las conferencias nacionales el término *diagnóstico social* surge por primera vez en 1910. Lo hace de la mano de M. E. Richmond, en la misma conferencia también habló Garnet Isabel Pelton de diagnóstico social. Dijo M. E. Richmond:

“En los viejos tiempos hemos tenido que luchar duro en mitad de camino en contra de la gente sentimental que no tenía ninguna política social, que carecía de una concepción concreta de conjunto, o incluso de una pequeña parte del conjunto que podría describirse como concreta. Ahora, si la tendencia actual no está marcada, nos encontraremos de nuevo a medio camino conteniendo a aquellos cuyas concepciones carecen, de hecho, de definición, pero cuya devoción a una idea muy concreta de algunos medios de progreso social ha cegado a los grandes ejes de la situación. Cuando con artesanía grupal hemos tratado de rehabilitar a la familia hemos aprendido que, en primer lugar, debemos entender las circunstancias, y que entonces todos los que estén interesados en su fortuna debemos trabajar juntos, en un plan cooperado y pensado, para obtener el objetivo que nos hizo mover los pies. ¿No pudimos de acuerdo con el tiempo con nuestros movimientos sociales hacer frente a las necesidades de comunidades enteras de esta manera?, ¿podrían no estar de acuerdo en hacer un diagnóstico social de una ciudad o un pueblo y luego decidir juntos de acuerdo a la mayoría la próxima actividad más necesaria a realizar en ese lugar? No hemos comparado notas, pero si lo hacemos nos encontraremos con que no tenemos un orden lógico de desarrollo social, que una campaña de juego, por ejemplo, debe buscar nuevos aliados en un pueblo donde la mayoría de los niños trabajan en la fábrica todo el día; que los consumidores de la sociedad van a morir en una comunidad en la que todavía muchas muchachas dependen de las casas de la caridad; una ciudad hermosa en la que el movimiento no puede paliar la falta de desagües, y no puede ocultar los hechos feos del hacinamiento. No sólo hay un orden lógico de desarrollo social. Muchas organizaciones van a morir porque han nacido fuera de su tiempo.”

#### Bibliografía

National Conference on Social Welfare (1910). *Report of the committee by Miss Mary E. Richmond, Director of the Charity Organization department of the Russell Sage Foundation, chairman the inter-relation of social movements.*

Entonces, lo social y lo sanitario, a ojos de una mayoría era indivisible, y la integración de saberes y acciones de ambos campos promovió los grandes avances del momento en materia de bienestar. Así lo pone de relieve la exposición del Dr. Michael M. Davis en 1911, cuando era director del dispensario de Boston. Contribuyó a esa idea integrada con los siguientes términos:



“La ciencia médica ha percibido más allá de la enfermedad las condiciones sociales que la causan: más allá del bebé enfermo, está la leche impura; más allá de la leche impura, está la suciedad atestando la casa y la lechería que no es inspeccionada. Detrás del brazo roto del obrero, nosotros vemos las largas horas de trabajo junto a la maquinaria y sin protección. La medicina moderna ha venido para dar, del punto de vista preventivo, con las causas sociales de la enfermedad y la filantropía moderna comienza a luchar con las causas sociales de pobreza así como con los resultados individuales que nosotros vemos en el pobre.”

**M. M. Davis** (1911). “Medical and social co-operation”. En: *National Conference on Social Welfare*.

Sobran los comentarios. La contemplación de lo social vinculado a la enfermedad era ya un hecho. En 1912, en otro artículo el mismo Dr. Michael M. Davis se refería a que cada profesión tiene una manera de ver el mundo y centrándose en la mirada de los médicos y de los trabajadores sociales y la naturaleza de su influencia. Añadía:

“La ceguera particular de una institución médica es ver enfermedades en vez de la serie de personas con miembros más o menos anormales y por lo tanto interesantes, ojos, hígados y corazones, a propósito, aunque necesariamente unido a los seres humanos. Debemos tener la mirada que ve a la gente así como a la enfermedad, y por lo tanto, el médico, el especialista en la enfermedad, debe tener a su lado el especialista en la persona, el trabajador social.”

**M. M. Davis** (1912). “Social aspects of a medical institution”. En: *Official proceedings of the annual meeting*.

Sin embargo, la necesidad de aclarar, explicar y diferenciar la intervención desde lo social sanitario, desde el trabajo social en aquellos tiempos desde el hospital, empezaba a ser una necesidad. El debate estaba siempre abierto. Garnet Isabel Pelton en la misma conferencia de 1910 hace referencia al diagnóstico social sanitario y dice que en el hospital:

“Parece que hay diferencias de opinión y quizás confusión sobre qué es el trabajo social hospitalario (...).El trabajo social primero debe diferenciarse del de los agentes de organizaciones de la caridad o del trabajo de seguimiento que realizan las cuidadoras clínicas. Ellos usan un entrenamiento técnico y herramientas en el tratamiento de los pacientes; pero apelando a los principios de la filantropía moderna para los enfermos pobres, y cuidando y enseñando en los hogares. Pero éstos son métodos que raramente subyacen en las propuestas del servicio social hospitalario. Los botánicos y los biólogos a menudo usan instrumentos y técnicas similares pero sus objetivos fundamentales difieren. El objetivo del trabajo social hospitalario es el diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento del enfermo pobre, en el hospital o el dispensario, allí donde lo indique la necesidad.”

**G. I. Pelton** (1910). “The history and status of Hospital Social Work”. En: *Official proceedings of the annual meeting*.

Debemos recordar a Garnet Isabel Pelton, citada en el artículo de Martin Nacman en 1977, como la primera trabajadora social a la que el Dr. Cabot acudió en 1903 para introducir al trabajador social sanitario en su clínica de medicina en el Massachussets General Hospital de Boston. Conviene señalar su énfasis en asociar el trabajo social sanitario al diagnóstico social.

#### Referencia bibliográfica

**M. Nacman** (1990). “Social work in health settings: a historical review”. En: K. W. Davidson; S. S. Clarke. *Social work in health care. A handbook for practice* (págs. 7-22). Nueva York: Haworth Press.

La siguiente vez en que aparece el término *diagnostico social* es en 1912. Ocurre en el discurso citado de M. M. Davis, director del dispensario de Boston, dentro de su conferencia “Social aspects of a medical institution” (“Aspectos sociales de la institución médica”).

“La determinación de los problemas humanos presentados por los pacientes que llenan las puertas de una clínica y la clasificación de estos problemas para que los métodos de tratamiento sean estudiados con inteligencia son partes fundamentales de la labor del departamento de pacientes externos o del hospital. El diagnóstico social debe acompañar al médico. Algunos responderán a esta demanda diciendo: «Es para esto para lo que se han creado los departamentos de servicios sociales». Pero, en la mayoría de los casos, los departamentos de servicios sociales han sido fundados bajo un objetivo mucho más limitado, es decir, para hacer frente a los casos de peligro más llamativo que deriva en una clínica de las personas sin hogar, las viudas sin esperanza, los niños descalzos. Es evidente que el tratamiento médico a menudo da una importancia secundaria a la vista de esas necesidades, se llama al trabajador social como una ayuda de emergencia”.

M. M. Davis (1912). “Social aspects of a medical institution”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (págs. 363-369).

La conferencia del Dr. Davis seguía a la impartida por M. E. Richmond, en la que argumentó la cooperación entre el trabajo médico y el trabajo social (Medical And Social Co-Operation), dentro de la sección dedicada a la relación entre el trabajo médico y el trabajo social (“Relation of medical and social work”). Debemos señalar también que la conferencia que precedió a la dada por M. E. Richmond fue la del Dr. Richard C. Cabot.

#### Referencia bibliográfica

M. E. Richmond (1912). “Medical and Social Co-Operation”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (págs. 359-363).

William Healy, MA. D. director del Psychopathic Institute of the Juvenile Court of Chicago, habló en 1914 del diagnóstico social en su conferencia sobre trabajo psicológico con los delincuentes en los tribunales (“Psychological work with offenders for the courts”). Es interesante señalar su posición claramente científica acerca de validar los métodos de trabajo.

“Tenemos muy pocas pruebas de que los test usados para los niños sean igualmente válidos que para los adultos. Se propone que tomemos decisiones, por ejemplo, sobre los resultados del test de Binet y, sin embargo, todavía no parece probable por el tipo de resultados que nosotros mismos hemos obtenido que puedan aplicarse tanto a los adultos como a niños, a los efectos del diagnóstico social, discriminando aquellos en los están obligados a ser infructuosos. Debemos recordar que todavía nadie nos ha dado los resultados de estos test aplicados a cientos de mineros que en sus humildes esferas forman parte de los miembros más útiles de la sociedad”.

W. Healy (1914). “Psychological work with offenders for the courts”. *Official proceedings of the annual meeting* (págs. 298-306).

### 1.4.1. 1917, el año que marcó el cambio: publicación de *Social Diagnosis*

1917 es el año que, académicamente, cambió el rumbo del trabajo social. M. E. Richmond publica su libro. ¿Cómo se recibió en la sociedad de la época?, ¿qué comentarios suscitó dentro de la conferencia anual?

En la presentación de la 44 Conferencia Anual de Trabajo Social, el presidente Frederic Almy, en su conferencia inaugural “The conquest of poverty” (“La conquista de la pobreza”) hizo mención al libro de M. E. Richmond en esos términos:

“Alfred Russel Wallace dice que las invenciones del siglo XIX son superiores a todas las que lo precedieron en todos los tiempos. Tomo esto del libro de Josiah Strong, en el que se dice también, citando al profesor Dolbear, que, a principios del siglo XIX, las veinte ciencias principales –representaban la casi totalidad de los conocimientos que tenemos–, no existían. Y añade: «Cuando tenemos en cuenta que, aparte de la verdad espiritual, la mayor parte, y la parte más importante, de todos los conocimientos del mundo de hoy tienen sólo un centenar de años, cuán gloriosa es la expectativa razonable de tiempo para el futuro». Existía poco de mucho valor de nuestra caridad moderna hace medio siglo. El libro diagnóstico social de Miss Richmond habría sido imposible incluso un cuarto de siglo atrás. Si tenemos en cuenta que el mundo es ahora el pensamiento y la invención de la sociedad, también físicamente, cualquier cosa parece posible. La caridad por sí sola nunca resolverá la pobreza.”

F. Almy (1917). “The conquest of poverty”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (pág. 6).

En la misma Conferencia, el ya citado William Healy, M. D., director de la Judge Baker Foundation, Boston, también se refirió en su conferencia sobre rumbos de la psicología en el *casework* (“The bearings of psychology on social case work”) al libro *Social Diagnosis*. Pero merece la pena recoger sus primeras palabras refiriéndose al *casework*.

“Hoy el Casework competente para los tribunales y otras instituciones públicas y privadas u organismos sociales se basa en fundamentos compuestos de materiales de varias áreas de la investigación. En la búsqueda de estos distintos materiales, el trabajador social presenta una marcada desviación de los métodos antiguos de no mucho tiempo atrás, cuando algunos elementos específicos de hecho estaban rodeados por una nube de impresiones generales” (...). El punto de vista psicológico en su relación con las ciencias sociales hace un firme hincapié en McDougall ampliamente leído en Psicología social; en relación con el Casework al que constituye la base del libro de M. E. Richmond *Social Diagnosis*, y se aplica en determinados sectores en particular (...). Otros estudios de las personas sin hogar, los desempleados, los vagabundos, los alcohólicos, los desertores, los divorciados y los beneficiarios de la caridad han aparecido como fragmentos de ciencia”.

W. Healy (1917). “The bearings of psychology on social case work”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (pág. 106).

William Healy, en la misma conferencia, señala la importancia del conocimiento y de la formación. Ensalza nuevamente el libro de M. E. Richmond no sin dejar escapar una fina ironía crítica ante el libre albedrío profesional que ha caracterizado a los trabajadores sociales.

“Los trucos curiosos que juegan nuestros propios recuerdos y la extraña, no intencional irrealidad de las cuentas dadas por otros, están llegando a ser parte de los conocimientos científicos de la fiabilidad de los testimonios comparativos. Quisiera destacar, pero no es necesario detenerse en este importante punto, las páginas de referencia sobre este tema que están en el Diagnóstico social de Miss Richmond. Debe ser evidente por encima de mi poca cualificación y estoy convencido de ello, que el trabajo social de caso no es algo ingenuo, inmaduro realizado por personas sin una formación especial. La psicología enseña ciertamente con gran garantía lo que el trabajo exige, por encima de todo, el juicio de los seres humanos no debe suscribirse a las normas para la orientación acrítica.”

W. Healy (1917). “The bearings of psychology on social case work”. En: *Official proceedings of the annual meeting* (pág. 111).

En 1940, Gordón Hamilton explicó el caso social. Y en este mismo libro señaló dos caminos: el diagnóstico y la evaluación, y resaltó:

“El diagnóstico, entendiendo el problema psicosocial lleva nuestra atención al cliente; la evaluación, entendiendo el funcionamiento de la persona con respeto a su problema, a sus capacidades y a la disponibilidad de recursos externos, así como internos, ambos están tan estrechamente relacionados. Unos prefieren llamarlo «evaluación diagnóstica» (...). El proceso de pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas se denomina diagnóstico (...). ¿Qué es lo que pasa? (...) diagnóstico y evaluación son percepciones psicosociales (...). Ambos, diagnóstico y evaluación son dictámenes profesionales. Desde el momento en que el cliente realiza la demanda, se le invita y estimula a través de la entrevista a expresar sus propios sentimientos acerca de su situación (...). Su experiencia vital es una configuración para él (el cliente) así como para el trabajador social y es según su propia visión de la situación que él (el cliente) habitualmente reacciona (...). El trabajador social debe, indiscutiblemente, empezar por donde se encuentra el cliente y explorar su problema con él como él lo ve, pero cabe contemplar la posibilidad de desavenencias con el punto de vista del cliente, consciente de su natural defensa y el trabajador social no debería empezar muy pronto la corrección de la interpretación.”

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (págs. 214-217). Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

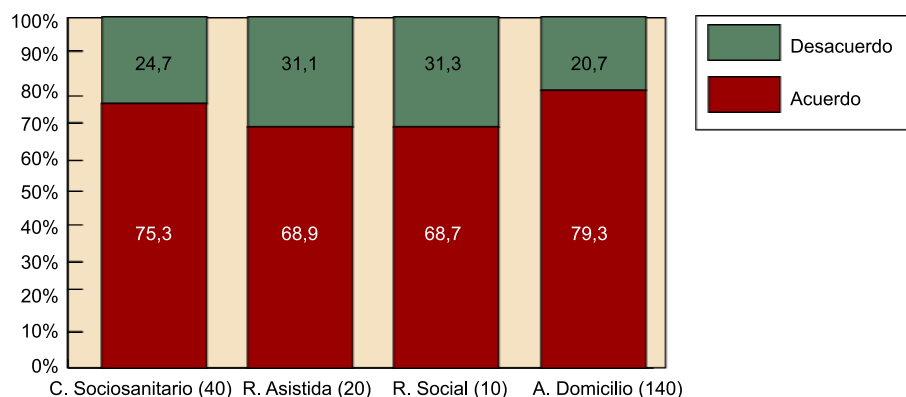
Vamos a desarrollar un pequeño instrumento de ayuda para recabar información que nos ayude a construir el diagnóstico social sanitario.

Tabla 3. Diagnóstico y evaluación en la teoría de Gordon Hamilton

<b>Parámetro</b>	Aspectos que debe desarrollar el trabajador social sanitario.
<b>Demanda de la persona</b>	Punto de partida para empezar con el conocimiento global del campo de acción profesional.
<b>¿Cuál es el problema según la persona?</b>	Necesitamos saber cómo la persona define su problema, no estamos hablando de diagnóstico, de momento tenemos que conocer “los síntomas”.
<b>Vivencia de su circunstancia</b>	Cómo el cliente vive y percibe su situación. Cómo la enfoca para salir de ella.
<b>¿Cuál es el problema?, según el trabajador social sanitario</b>	El trabajador social sanitario debe de ser capaz de responderse a esta pregunta, pues la respuesta llevará al inicio de la intervención.
<b>Grado de acuerdo entre cliente y trabajador social sanitario</b>	A mayor acuerdo entre cliente, familia y trabajador social sanitario, más facilidades para avanzar según el plan de trabajo. Cuando el desacuerdo es muy grande, recuérdese el ya citado “ajuste deliberado” en la personalidad descrito por M E Richmond (véase la gráfica siguiente).

Figura 2. Estudio del acuerdo-desacuerdo entre trabajador social sanitario y cliente

Estudio de 1.636 altas: acuerdo entre clientes y profesionales con respecto a los apoyos post-alta.



Fuente: Hospital General de Manresa (1994)

El acuerdo-desacuerdo entre trabajador social sanitario y cliente marca los pilares de la gestión del caso en su variable complejidad. Tomamos este ejemplo del año 1994 por carecer de más datos actualizados. Debemos conocer el grado de acuerdo/desacuerdo de nuestro servicio para poder establecer planes de comunicación e información así como de la gestión de las diferencias.

Los pilares del diagnóstico social, si nos acogemos a la definición de M. E. Richmond, son “la situación y la personalidad de un ser humano con alguna necesidad social”, “relaciones de dependencia, alguien depende de él o él depende de otros” y la consideración de “la relación con las instituciones de su comunidad”. Partiendo de dicha definición, para su aplicación práctica se propone la siguiente herramienta de trabajo.

Tabla 4. Construcción del diagnóstico social sanitario

Cuestiones acerca del cliente	Cuestiones acerca de la solución
<b>¿Cuál es su diagnóstico médico y su pronóstico?</b>	Diagnóstico y pronóstico ¿qué consecuencias tendrán? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corto plazo</li> <li>• Medio plazo</li> <li>• Largo plazo</li> </ul>
<b>¿Cuál es su situación?</b>	Su situación ¿qué necesidades genera? <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el cliente</li> <li>• En su familia</li> </ul>
<b>¿Cuál es su personalidad?</b>	Su personalidad ¿cómo le permite enfrentarse a la situación planteada? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin ayuda</li> <li>• Con ayuda</li> </ul>
<b>¿Cuál es su núcleo de convivencia?</b>	Su núcleo <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué apoyos puede garantizar?</li> <li>• ¿Qué necesidades puede cubrir?</li> </ul>

Fuente: basada en M. E. Richmond

<b>¿Existen relaciones de dependencia entre los miembros del núcleo de convivencia?</b>	¿Depende de otros familiares? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existen otros familiares que dependen de él?</li> <li>• ¿Cómo afecta esta interdependencia a su futuro inmediato considerando todas las variables?</li> </ul>
<b>¿Cuáles son los servicios de su área de residencia?</b>	De los servicios existentes ¿cuál es el más adecuado para cubrir su necesidad?

Fuente: basada en M. E. Richmond

Cuando al diagnóstico social se le añade el calificativo de sanitario, indica que la intervención del trabajador social basa su acción sobre “una persona enferma tratada en alguno de los establecimientos del sistema sanitario con una experiencia vital relacionada con el enfermar y su tratamiento médico que requiere una guía y apoyo de carácter social”.

El factor diferencial, entre el trabajo social sanitario y el trabajo social realizado dentro de otros ámbitos, es la presencia de la enfermedad como generadora de circunstancias psicosociales y ambientales disruptivas. Implica, por una parte, la gestión de apoyos psicosociales relacionados con la vivencia interna de la enfermedad de la persona y sus consecuencias y, por la otra, en una proporción menor la gestión de los apoyos profesionales, tanto sanitarios como sociales.

Esto no significa que no se puedan dar intervenciones desde otros ámbitos en las cuales también esté presente la enfermedad, pero en estos otros casos, la enfermedad en la comunidad y fuera del sistema sanitario (caso raro, pero puede haberlo) es una circunstancia coadyuvante, no es el centro de gravedad. La definición de caso social sanitario admite que dentro de su contexto la enfermedad esté presente, pero ocurra en el ámbito que ocurra, fuera del sistema sanitario, ésta será una circunstancia más. Esto, en cambio, no es así en el trabajo social sanitario en el que la enfermedad es el eje alrededor del cual, una vez establecido el diagnóstico social sanitario, se mueven los hilos del plan de trabajo que se orientan a devolver a la persona su capacidad de gobernar su propia vida. Los trabajadores sociales sanitarios adquieren destrezas en lo sanitario por el conocimiento adquirido tanto en lo relativo al proceso de la enfermedad (por observación) como en lo relativo a sus efectos sobre lo psicosocial (por participación). También en lo que se refiere al funcionamiento del sistema sanitario.

Recordemos las palabras de M. E. Richmond:

“El buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que soportan el camino de reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento a seguir. Este énfasis del trabajador debe evitar predisponerlo hacia algún factor causal del disturbo (...). Un diagnóstico puede estar equivocado.”

**M. E. Richmond** (1917). *Social Diagnosis* (págs. 358-359). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Y reflexionemos sobre lo que explica de lo humillante que es encontrar casos de enfermedad mental diagnosticados por una agencia como casos de desempleo, pereza o ineficiencia. Y añade:

“La absorción del trabajador por los aspectos superficiales del caso es la responsable de muchos errores diagnósticos. (...) Un diagnóstico puede ser una mera clasificación. (...) La palabra de un diagnóstico, incluso cuando nombre una dificultad correctamente, no es social. En los días de la desorganización del hacer social, una mujer con hijos y sin ningún hombre a su lado como marido podía ser registrada por diferentes agencias como una viuda, como una esposa desertora o madre soltera sin que nadie hubiera verificado su estado civil (...). Viudedad, desertión, ilegitimidad son sólo hechos sociales aislados que carecen de significación diagnóstica hasta que se han contextualizado en el caso concreto que se da (...). Un diagnóstico puede ser demasiado detallado.”

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pág. 359). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Recomienda que, de toda la información recogida, se distinga lo que es realmente importante de lo que no lo es. Todo para que el tratamiento sea exitoso y se refiere al valor que tiene la experiencia en la práctica del trabajo social que permite acercarse enseguida al diagnóstico; pero también alerta sobre el trabajar bajo presión que favorece una visión parcial de la complejidad y de las posibilidades.

“Un diagnóstico puede ser parcial, aunque claro sobre la dificultad principal”. (...) “Un diagnóstico puede ser completo sin perder la claridad.”

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pág. 359). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Califica de derrochadora la actitud de recoger muchas evidencias y entonces con el entusiasmo por obtener resultados rápidos se pierde la visión sobre los factores significativos que facilitan un tratamiento importante.

“El diagnóstico más completo aportaría la imagen del caso sin obscurecer cualquier cuestión inmediata.”

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pág. 360). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Recuperamos un texto de Gordon Hamilton de 1931 en el que se refería a los **factores** y a lo poco que se conocía de ellos dentro del trabajo social. Un trabajo que no debemos olvidar.

“Sabemos un poco de los factores de la personalidad relacionados con la pérdida de estatus social cuando los ingresos han disminuido o cesan, un poco de cómo preparar a niños para su mantenimiento social, un poco de los problemas del padre sustituto en los casos de concesión a las madres, un poco del efecto sobre el matrimonio y la vida de familia cuando hay tensión financiera –por mencionar algunos de nuestros problemas más comunes.”

¿Qué sabemos hoy de los factores? Si bien en la intervención los **factores** se abordan caso por caso, es muy necesario su estudio en el plano de lo macro. La construcción del diagnóstico social sanitario es una fuente de datos para abstraer la influencia de los **factores** económicos, culturales, políticos, psicoso-

ciales, de salud, etc., asociados al enfermar pero también y, lo más importante, desde el modelo social al sanar. Ello considerando tanto la persona enferma, la protagonista, como su familia. Añade Hamilton:

“El trabajo social de caso en el campo de familia, el trabajo social de caso en cualquier otro campo está preocupado, no con la enfermedad directamente, o la pobreza directamente, o el analfabetismo directamente, sino en cómo estos factores contribuyen en el desajuste de la personalidad. El trabajo social como una profesión está preocupado por cómo remediar las condiciones que producen la enfermedad, la pobreza y la ignorancia, pero el trabajador social de caso sanitario en su trabajo diario se ocupa de una personalidad particular dentro de una situación particular. A veces esta personalidad está, como decimos, desajustada, a veces no está suficientemente desajustada y los conflictos se deben precipitar...”

Montserrat Colomer años más tarde reflexionaba sobre el diagnóstico social en los siguientes términos:

“En el método de trabajo social se ha utilizado con frecuencia la palabra –diagnóstico– para significar el juicio profesional que el asistente social hace de una situación o problema. Esta palabra, igual que la de –tratamiento– para determinar la fase sucesiva procede de otras disciplinas en las que tiene un significado específico muy concreto y ni una ni otra resultan aplicables a todas las situaciones en las que puede utilizarse el método de trabajo social; parece inadecuado, por ejemplo, hablar del diagnóstico de un barrio o de una institución.”

M. Colomer (1974). “Método de trabajo social”. *Revista de Trabajo Social* (núm. 55).

Scarón de Quintero y Genisans de Guidobono, en un trabajo extenso sobre el diagnóstico social, presentan los déficits en su elaboración.

“El diagnóstico es un juicio comparativo de una situación dada con otra situación dada (...). Todo juicio supone la existencia de puntos de referencia que nos indiquen la proximidad o distancia del elemento actualmente considerado con otro elemento similar, pero de valor diferente. Por lo tanto, el diagnóstico es en esencia una comparación entre dos situaciones: la presente, que hemos llegado a conocer mediante la investigación, y otra, ya definida y supuestamente conocida que nos sirve de pauta o modelo (...). Si bien se ha señalado la necesidad de construir una práctica teórica, en los hechos la teoría y la práctica corren por canales diferentes. La mayor parte de la literatura profesional actual se basa en especulaciones formuladas por docentes o investigadores con escaso contacto con la actividad profesional concreta y quiénes se dedican a ésta tienen pocas oportunidades de aportar su experiencia para la elaboración teórica. En la mayoría de los casos, el profesional sigue actuando intuitivamente, por inercia, impulsado por el engranaje institucional que lo compele y demandado por el perentorio requerimiento de la clientela que lo desborda (...). Desde que el trabajador social inicia su tarea frente a una situación problemática, hasta que ésta se termina, hay un evidente decrecimiento de la relación entre el quehacer práctico y su correspondiente basamento teórico. Teoría y práctica que deberían estar unidas en un proceso constante de realimentación mutua, aparecen identificadas sólo al comienzo de la tarea profesional; a medida que ésta avanza, el fundamento teórico va diluyéndose para dar paso al empirismo, a la práctica-práctica en la que cae sin atenuantes al terminar el proceso (...). Pero es en la etapa siguiente, en el diagnóstico, donde a nuestro juicio se instala realmente la disociación señalada; al carecer de una base teórica que permita utilizar adecuadamente la información recogida en la etapa anterior, esta misma pierde su posible validez. Ningún dato –expresa Bunge– es por sí mismo una evidencia, sino que debe convertirse en tal con ayuda de alguna teoría. Al carecer de un marco de referencia teórico y al desconocer la naturaleza de la operación que debe realizarse en esta etapa, la interpretación diagnóstica corre por cuenta de la intuición del profesional, de su experiencia anterior (por analogía con situaciones similares) o de su comprensión afectiva de la situación (por comparación con sus propias vivencias personales) (...). De hecho, el diagnóstico es una etapa pasada por alto o formulada apenas implícitamente. En algunos casos, el compromiso de llenar una ficha o elaborar un informe obliga al pronunciamiento explícito; entonces el diagnóstico no pasa de ser, generalmente, una mera enunciación de problemas o una apreciación subjetiva de la situación; pero rara vez es el resultado de un procedimiento sistemático de valoración, comparación e interpretación de los datos realmente significativos para el servicio social (...). La ausencia real de diagnóstico conlleva una ausencia real de planificación. Si se planifica es sobre la base de una relación inmediateista /problema-solución/ a



tal problema tal solución concreta. Si esta solución es eficaz, por lo menos a breve plazo exime del cuestionamiento teórico.”

**M. T. Scarón de Quintero; N. Genisans de Guidobono** (1989). *El diagnóstico social* (págs. 25-40). Buenos aires: Humanitas.

Sus palabras son una fuerte invitación a la evaluación de la actitud de cada trabajador social sanitario ante el diagnóstico social sanitario. A su profesionalidad.

Ya en nuestro tiempo, F. J. Turner ha profundizado desde los mismos tiempos actuales acerca del diagnóstico social. En su definición se adivina otra época.

“La palabra –diagnóstico– designa el proceso en el cual una opinión profesional proviene de la valoración de una situación que emerge en nuestra interacción con los clientes y sus ambientes significativos, una opinión en la que nosotros basamos nuestras acciones y para la cual estamos preparados para actuar con una profesionalidad responsable. La esencia de esta definición es: nuestro diagnóstico está basado en los juicios que hacemos. Tales juicios constituyen la base de nuestras actividades profesionales. Estamos preparados para responsabilizarnos de dichos juicios”.

**F. J. Turner** (2002). *Diagnosis in Social Work. New imperatives* (pág. 51). Nueva York: The Haworth Social Work Practice Press.

Un diagnóstico social sanitario equivocado o incompleto, al igual que ocurriría con el diagnóstico médico, implica una intervención (o tratamiento) erróneo e insuficiente. Las consecuencias inmediatas de un error diagnóstico son diferentes en el caso del diagnóstico médico y del diagnóstico social. En el primer caso, se pone en riesgo la vida biológica, la autonomía. En el segundo caso del diagnóstico social sanitario, se arriesga la autonomía social de la persona, de su tejido social que la sostiene en su entorno. El diagnóstico social es motivo de debate y reflexión. Y para muchos trabajadores sociales sanitarios responsables una preocupación. ¿Cómo la teoría del diagnóstico social sanitario se inscribe en la práctica cotidiana?, preocupación que también manifestaron nuestras predecesoras. Es relativamente fácil listar, pero es complejo dar a la definición resultante una estructura plausible para la práctica diaria.

Los trabajadores sociales sanitarios, como otros profesionales, aplicamos simultáneamente métodos deductivos (de lo general a lo concreto esquematizando) e inductivos (de lo concreto a lo general agregando e integrando). Otros métodos son:

- **Los métodos analíticos.** Por lo tanto, aplicado al trabajo social sanitario podemos decir que es: el examen cualitativo y cuantitativo de ciertas variables psicosociales del caso social sanitario según métodos especializados (escalas, evidencias) con un fin diagnóstico.
- **Los métodos sintéticos.** Lo que nos permiten con un conjunto de partes del caso social sanitario reconstruimos el todo hacia el que se dirige.

#### Análisis clínico

Según la RAE, un *análisis clínico* es un “examen cualitativo y cuantitativo de ciertos componentes o sustancias del organismo según métodos especializados con un fin diagnóstico”.

El diagnóstico social sanitario se construye a partir de cómo los axiomas que ilustran la realidad de la persona, de su entorno inmediato, interactúan y le influyen. Describe cómo posibilitan o impiden su autonomía actual y cómo van a influir sobre ella en un futuro. Todo bajo el principio de libertad y dignidad de la persona. Describe cuáles son sus recursos propios y cuáles son las necesidades que deberán cubrir los apoyos externos.

Vamos a diferenciar dos esferas del término *diagnóstico*:

- El **acto de diagnosticar como acción**. ¿Qué significa establecer un diagnóstico social sanitario?, ¿cómo lo establecemos?, ¿con qué instrumentos? y ¿con qué fuentes?
- El **diagnóstico como descripción** y definición de los hechos, su interpretación (relacionarlos con otras variables) y con la necesidad de intervención. Una vez establecido el diagnóstico nos encontramos en el punto cero.

En la mayoría de los casos, siempre en el entorno profesional ver los hechos, sobre todo los más evidentes, está al alcance de cualquier técnico que trata con la persona. Pero lo que ofrece el especialista, en este caso el trabajador social sanitario es su capacidad, su habilidad, de interpretar en positivo o en negativo, si estos hechos, dentro del contexto particular de la persona son o no dificultades. Y cómo se pueden convertir en fortalezas.

A modo de ejemplo muy simple. Un hecho es “José vive solo”, el diagnóstico médico de José es una “insuficiencia respiratoria grave”. La interpretación de lo que ello (junto con otros hechos que se puedan dar simultáneamente) significa para “José”, siempre considerando el diagnóstico y pronóstico médico, es lo que permite al trabajador social sanitario el inicio del estudio para llegar al diagnóstico social sanitario, siempre sujeto al contexto de cada uno, de cada caso social. Cualquier hecho analizado fuera del contexto al cual pertenece, fuera del contorno y contenido del caso social no puede calificarse como una dificultad o una ventaja aunque *a priori* parezca una u otra cosa. Como hemos visto, los mismos hechos en contextos diferentes gestan diagnósticos sociales diferentes y albergan posibilidades diferentes. El agua si bien sigue manteniendo su composición original no es lo mismo cuando está hirviendo que cuando está helada. Por lo tanto, lo importante no es sólo el agua, también lo es el entorno.

Cada realidad antes de ser interpretada es “indiscutible en sí misma”, y más cuando viene ratificada por la evidencia. Si bien dicha realidad, los hechos que la nutren son visibles para cualquier profesional, la interpretación que da lugar al diagnóstico social sanitario recae dentro de la responsabilidad exclusiva del trabajador social sanitario.

El calificativo de *sanitario* contextualiza los límites del caso social y lo ubica dentro del campo sanitario, para ello requiere una formación específica, una especialización, para evitar que la intervención social carezca del factor diferenciador que imprime la enfermedad.

Ante el déficit actual de formación reglada en trabajo social sanitario, los profesionales toman otras vías de formación que, por suerte, las instituciones facilitan. El trabajo social sanitario discurre siempre alrededor de la enfermedad tratada en los establecimientos sanitarios y, por lo tanto, el diagnóstico social sanitario la considera desde el inicio.

#### **1.4.2. Diagnóstico social sanitario frente a valoración técnica**

A lo largo de estos últimos años han proliferado términos afines pero que diluyen el concepto. Así, el concepto de “valoración técnica” ha venido a sustituir en determinados ámbitos al de “diagnóstico social” incluso el de “diagnóstico social sanitario”. Solo decir que mientras que el diagnóstico social sanitario siempre se identifica con el trabajo social sanitario, la “valoración técnica” recae sobre cualquier técnico. Es importante utilizar la denominación adecuada para evitar actitudes como el intrusismo y confusiones que desvirtúan la propia profesión. La “valoración técnica”, además, es un concepto abstracto, mientras que el “diagnóstico social sanitario” identifica a una profesión.

#### **1.5. Principales diferencias que imprime la presencia de unas patologías frente a otras**

La penetración de la enfermedad en lo social determina, en gran parte, el plan de tratamiento desde el trabajo social sanitario. La importancia de que conozcamos el diagnóstico médico y sobre todo el pronóstico para nuestro trabajo obedece a ese hecho que marca, sin dilación, el futuro de las personas atendidas en los establecimientos sanitarios.

M. E. Woods y F. Hollis relacionaron la información contenida en las clasificaciones médicas para ayudar a los trabajadores sociales sanitarios a identificar las implicaciones sociales y, para ello, escribieron:

“La clasificación médica o el diagnóstico, a menudo, tiene implicaciones personales y sociales. Por ejemplo: un niño diabético puede necesitar ayuda con los sentimientos con respecto a su enfermedad que le impone privaciones de comidas o de actividades que sus amigos pueden disfrutar. Un adolescente atleta con la rodilla permanentemente lesionada, como consecuencia, puede perder estatus como «estrella» del equipo de la escuela superior, o dejar atrás su sueño de participar en la liga de primera. Después de un diagnóstico de disfunción cardíaca, un exitoso hombre de negocios puede tener que limitar sus actividades extenuantes y dejar intereses y puntos de venta, algunos de los cuales le habían servido para distanciarse de su matrimonio insatisfactorio (...). Enfermedades catastróficas –cáncer terminal, fallo renal, sida, etc.– tienen un significado trágico para los individuos y para quienes los aman. El conocimiento de las implicaciones de varios desórdenes físicos y enfermedades y los ajustes que requieren inmediatamente provee al trabajador de información del total asesoramiento una vez que se ha dictado el diagnóstico médico.”

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a psychosocial therapy* (pág. 309). Boston: McGraw Hill.

A ello, añaden los problemas sociales propiamente dichos derivados a los trabajadores sociales, dificultades entre padre e hijos, maltrato a la esposa, mendicidad, abuso sexual infantil, delincuencia, abuso de sustancias, ambivalencia acerca del embarazo, incesto, enfermedad terminal, ideas suicidas, disfunciones familiares y conflictos matrimoniales, etc. Explican cómo esos conflictos, cada categoría de problemas informa al trabajador social y le sugiere los pasos de tratamiento. Ponen el ejemplo de una mujer maltratada:

“Las primeras cuestiones críticas que cabe resolver son:

La mujer que ha sido maltratada ¿requiere una casa de acogida o similar?; si ello parece arriesgado ¿necesitará la mujer ir a casa de un pariente, o amistad?, ¿están los niños en peligro?, ¿debe la justicia ordenar protección?”

Señalan que, mientras se resuelven estas preguntas, simultáneamente se debe empezar con el asesoramiento y conocer el historial de malos tratos.

F. J. Turner toma como desórdenes físicos que requieren una intervención específica del trabajador social: la artritis, la ceguera, los pacientes quemados, el cáncer, los desórdenes cardíacos, la sordera, la diabetes, la epilepsia, los problemas genéticos, la hemofilia, la enfermedad de riñón, la esclerosis múltiple, las enfermedades neurológicas, la pérdida de órganos, el dolor, el retraso, anemia de células falciformes, pacientes con accidente vascular cerebral, los trasplantes.

Tomamos como ejemplo la artritis. Nos encontramos ante un paciente que no se cura; en una semana la persona se encuentra que no puede soportar el dolor y a la siguiente éste desaparece. Una de las principales dificultades a las que se enfrenta la persona es que muchas veces no puede seguir sus planes. Y una de las grandes frustraciones son las restricciones físicas que limitan a la persona. Con respecto al papel del trabajador social sanitario, escribe Turner:

“Los trabajadores sociales que trabajan con pacientes con artritis deben animarlos a verbalizar sus frustraciones y a hablar francamente de sus sentimientos. Esta expresión de la frustración y del enfado, a menudo, beneficia a la persona y en un primer paso para ayudarla a afrontar la enfermedad. Las personas también necesitan revisar lo que ellas pueden o no pueden hacer por causa de la artritis.”

F. Turner (1976). *Differential diagnosis and treatment in social work* (pág. 351). Nueva York: Free Press.

¿Y qué papel desempeña la familia del enfermo con artritis? El autor resalta la habitual falta de comprensión con respecto a sus limitaciones. Por ello, un primer paso a dar con la familia es precisamente explicarles lo que implica el diagnóstico de artritis y lo que supone para la persona que la padece e indirectamente lo que puede suponer para ellos. Una técnica de intervención es preparar una sesión en donde la familia y el enfermo hablan de sus sensaciones, de sus percepciones. Cada uno conoce más acerca del otro en esta nueva etapa para ellos.

Otro ejemplo, puede ser el de las personas que han sufrido un accidente vascular cerebral. Escribe Turner con respecto a ellas:

“Muchas de estas personas requieren hospitalización para una rehabilitación terapéutica extensiva, incluyendo terapias físicas, del habla y ocupacionales. Para algunos, la recompensa de semanas de esfuerzo físico y emocional es el regreso a casa con la familia y amigos. Para otros, las largas horas de lucha los dejan en un centro de cuidados o una casa de reposo; incluso otros se encuentran confinados indefinidamente, quizás permanentemente, en hospitales para enfermos crónicos. Para satisfacer las necesidades de los enfermos severamente limitados, los trabajadores sociales han utilizado las habilidades del *casework*. En 1961, Esther White describió las dificultades del *casework* en los primeros estadios de la enfermedad, haciendo notar que los pacientes a menudo no hablan con el *staff* ni con la familia, como lo hacen con otros pacientes en áreas relacionadas con su enfermedad. Ella atribuyó esta pérdida a un miedo doble por parte de la persona enferma: un miedo a enemistarse con el *staff* por los comentarios negativos y un miedo de confirmar en su propia mente lo que ellos más temían acerca de la enfermedad. Otros escritores han observado reacciones a la enfermedad citando la ansiedad y la depresión, así como los daños a la autoestima de la persona, muchas de ellas se aíslan de las personas que las rodean. Aislado el paciente puede sentir su condición como única, que los otros, especialmente los que están bien son incapaces de comprender su dificultad e incapaces de ayudarlo. Para este tipo de pacientes, el *casework* al principio de la hospitalización puede tener un valor limitado. Una alternativa al método de tratamiento es, por supuesto el grupo (...).”

F. Turner (1976). *Differential diagnosis and treatment in social work* (págs. 541-542). Nueva York: Free Press.

Así, sucesivamente vamos viendo cómo cada topología de enfermedad, su pronóstico sobre todo desarrolla en las personas conductas, reacciones, sentimientos, huidas que los trabajadores sociales sanitarios vamos observando y mediante investigación aplicada vamos conociendo su frecuencia y su incidencia. Esto nos permite a la vez ir delineando un esquema de trabajo que apunta en cada caso acciones e intervenciones que son diferentes.

Por ejemplo, hemos visto *grosso modo* que la intervención con una persona que padece artritis es diferente siempre desde el trabajo social sanitario, a la intervención con una persona que ha sufrido un accidente vascular cerebral y esta diferencia se traslada a la intervención con la familia.

Esa particularidad de la enfermedad, como vemos con esos dos ejemplos, genera particularidades en la esfera de lo psicosocial y de la intervención desde el trabajo social sanitario. Por supuesto que, si nos limitamos a gestionar con los servicios sociales un recurso social de apoyo, todos estos matices se pierden.

Si estos dos pacientes llegaran a necesitar apoyo domiciliario por parte de los servicios sociales, esa particularidad tratada dentro de nuestra intervención como trabajadores sociales sanitarios, en este caso desde hospitalización, debería continuarla el trabajador social sanitario de la atención primaria que es el especialista que conoce esas diferencias entre una persona con artritis y una persona con un accidente vascular cerebral.

El trabajador social sanitario de atención primaria adecuadamente formado sería quién supervisara el servicio domiciliario prestado desde los servicios sociales.

Este modelo asistencial busca el bienestar emocional, psíquico, relacional de la persona, busca la continuidad del tratamiento social y para ello se debe tener el mismo máximo conocimiento de la enfermedad y de sus efectos en el campo de lo social. Éste es sin duda uno de los puntos fuertes del trabajo social sanitario, ese conocimiento de los efectos desintegradores que la enfermedad puede ocasionar. Pero por estar en el campo de lo social no podemos determinar que todas las personas atendidas con una u otra enfermedad vayan a desarrollar dichos sentimientos, dichas conductas, sólo debemos estar alerta y saber que esas conductas, esas actitudes se pueden desarrollar.

Es entonces cuando nos podemos adelantar a ellas y transmitirles la reacción que sabemos que algunas otras personas han tenido.

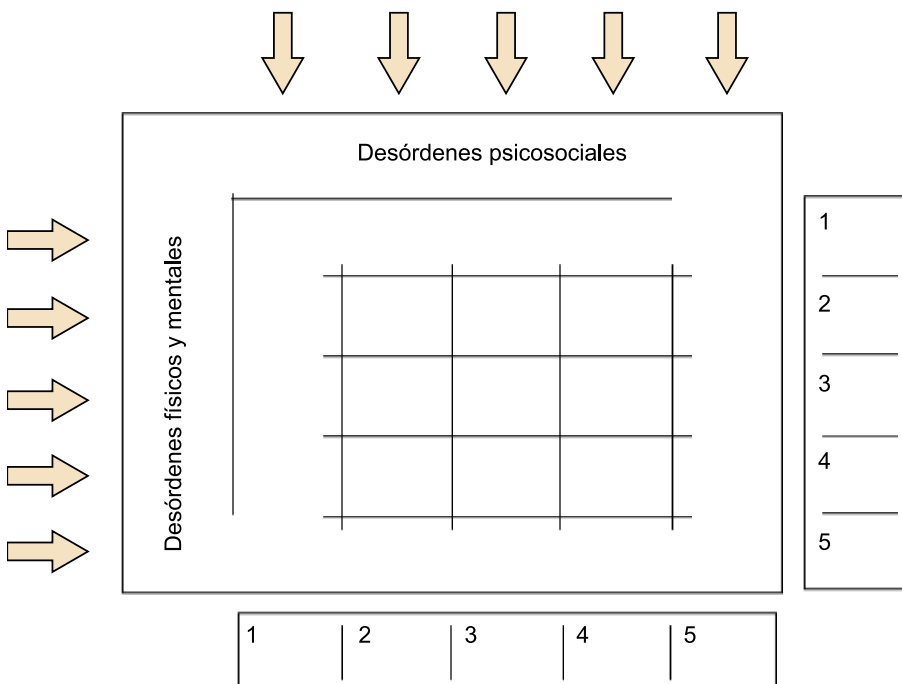
## 2. La estructura matricial del diagnóstico social sanitario

El punto anterior, las teorías de Hollis, Woods y Turner nos permiten crear una analogía con la denominada estructura de organización matricial aplicada a los establecimientos y caracterizada por la doble dependencia jerárquica (de la dirección del establecimiento según el organigrama) y funcional o de proyecto (de la dirección de proyecto). En este caso, hablaríamos de información que llega dentro de esta estructura. El diagnóstico social sanitario siempre se conforma sobre esa doble entrada de información:

- La relativa a los desórdenes físicos y psíquicos, la enfermedad, su evolución, sus necesidades de atención, su pronóstico. Su penetración en lo social. Su vivencia y las actitudes que genera en la persona enferma. La causante de la entrada en el sistema sanitario.
- La relativa a los desórdenes psicosociales, su entorno, su red natural de apoyo, sus responsabilidades, etc. La que propicia o inhibe aspectos de la primera.

Para ilustrar el concepto, tomamos la figura 3 que representa gráficamente esa doble entrada de información. Además, la analizaremos en función de una segunda variable cualitativa, la gravedad de cada hecho y elemento.

Figura 3. Gráfica para recoger los desórdenes



Añadimos a ello que el modelo social se diferencia del modelo médico en que considera los aspectos positivos contenidos en el caso social sanitario.

Encontramos una ilustrativa explicación sobre el modelo médico y el modelo social en el documento de la CIF (*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*) aprobado por la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en el año 2001, cuyos antecedentes se apoyan en la CIDDM (la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*), publicada por la OMS en 1980.

#### Referencia bibliográfica

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

#### Deficiencias, discapacidades y minusvalías

Sólo a título recordatorio se recuperan las definiciones de deficiencia, discapacidad y minusvalía publicada por la OMS.

- **Deficiencia:** Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica del individuo. Se sitúa en el plano orgánico.
- **Discapacidad:** Restricción o ausencia debida a la deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal. Se sitúa en el plano personal.
- **Minusvalía:** Situación de desventaja que surge en un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso. Se sitúa en el plano social.

“El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.”

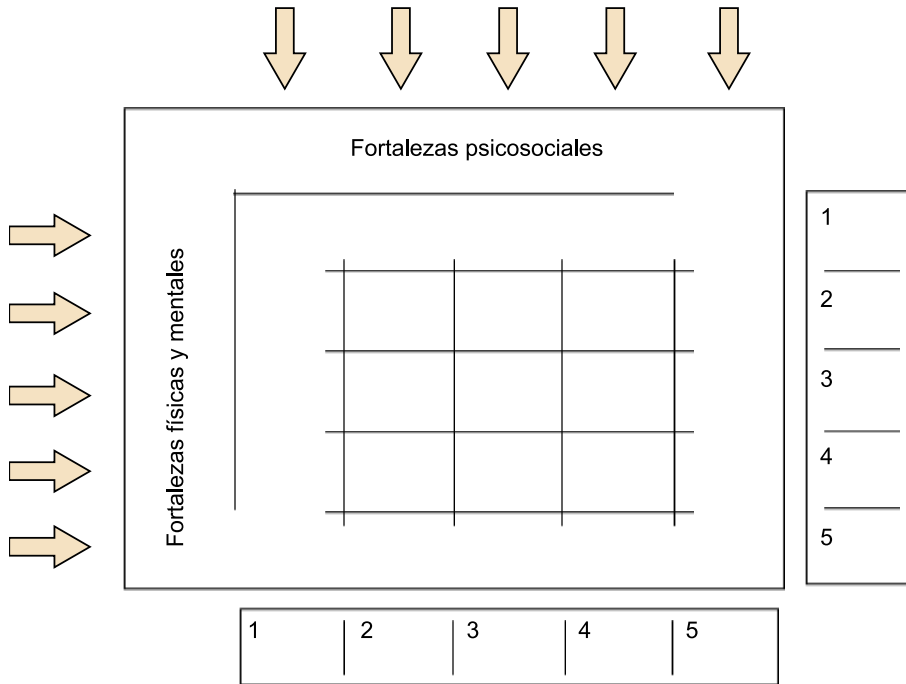
“Por otro lado, el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.”

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada* (pág. 32). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Sobre la base de ello y de la importancia que en el modelo social adquieren los aspectos positivos, los aspectos posibilitadores, recordemos a M. E. Richmond hablando de **factores**, como lo hizo más tarde G. Hamilton, en paralelo, además de los aspectos disruptivos cumplimentaremos, además de la figura 3, la figura 4. Como trabajadores sociales sanitarios debemos considerar los aspectos positivos de cada caso. En este punto, nos centramos en los **factores** como elementos posibilitadores.



Figura 4. Gráfica para recoger las fortalezas



Esta herramienta sencilla (figura 3 y 4) permite un registro individualizado de los hechos y los riesgos, así como los puntos a favor.

### 3. Sistema de información para la construcción del diagnóstico social sanitario

Brevemente, vamos a situar el concepto del sistema de información dentro del marco legal estatal para que comprendamos el valor y sentido de dicha herramienta a día de hoy indispensable para la actividad profesional y la actividad de investigación.

#### 3.1. El sistema de información en el marco legal estatal

Los sistemas de información forman parte del escenario del sistema sanitario desde hace muchos años. En 1987 el Consejo Interterritorial aprobó en el Ministerio de Sanidad un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria, en 1997 se aprueba el proyecto de análisis y desarrollo de los grupos diagnósticos relacionados (GDR) en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los sistemas de información cada vez más se van sofisticando, convirtiéndose en un apoyo a la gestión y a la mejora de la calidad. Pero, además, su función viene recogida por la Ley. El capítulo V, “Del Sistema de Información Sanitaria”, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, dice textualmente en su sección I que se inicia con el artículo 53:

“El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las administraciones sanitarias” (...).

El objetivo general del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud será responder a las necesidades de los siguientes colectivos, con la finalidad que, en cada caso, se indica:

- a) Autoridades sanitarias: la información favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.
- b) Profesionales: la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas. Incluirá directorios, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, recomendaciones y recogida de sugerencias.
- c) Ciudadanos: contendrá información sobre sus derechos y deberes y los riesgos para la salud, facilitará la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios y ofrecerá la posibilidad de formular sugerencias de los aspectos mencionados.
- d) Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario: contendrá información sobre las asociaciones de pacientes y familiares, de organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y de sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud.

#### Referencia bibliográfica

Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*.

Queda, pues, patente la importancia actual de los sistemas de información sanitaria para contribuir a la mejora de las prestaciones, las técnicas y los procedimientos del sistema sanitario apoyando una de las funciones más importantes, la investigación aplicada. El servicio de trabajo social sanitario sigue, pues, estas directrices que señala el marco legal general.

### **3.2. Sistema de información: instrumento de apoyo para el estudio diagnóstico**

Parte del texto se apoya en la investigación realizada por la autora sobre el diagnóstico social sanitario, si bien ya ha sido ampliamente revisada y nuevamente adecuada.

La mayoría de los trabajadores sociales sanitarios nos sentimos preocupados por la emisión diagnóstica. Precisamente la unicidad de cada caso obliga a que tengamos que apoyarnos en circunstancias sociales comunes a otros casos y por medio de la investigación aplicada en nuestro servicio ir avanzando en la identificación de los posibles itinerarios.

Por ejemplo, una mujer de 85 años que vive sola e ingresa de urgencia por una desnutrición. ¿Cuáles son las circunstancias sociales que acompañan a dicho ingreso hospitalario? Tener 85 años es un indicador de riesgo. Pero unido a la desnutrición permite aflorar una falta de cuidado, con lo cual, unido a que vive sola, nos encontramos en una falta de autocuidado. Lo primero que necesitamos saber es cómo la mujer describe su situación, qué grado de conciencia tiene de la implicación de su actitud en la desnutrición.

- ¿Vive sola pero tiene hijos que puedan ayudarla?
- ¿Vive sola y tiene hijos pero no se relaciona con ellos?, ¿por qué causa?
- ¿Vive temporalmente sola?
- ¿Cuáles son sus relaciones sociales?
- Y un largo etcétera.

Estas circunstancias sociales las convertiremos, progresivamente, en objeto de estudio, pero para ello deberemos acumular un número de casos suficiente que permita establecer las primeras distribuciones fidedignas. Mientras ello no ocurra hablaremos de hipótesis. El instrumento diagnóstico que proponemos es una segunda revisión del presentado en el 2008 dentro de la investigación *El diagnóstico social sanitario*. Debemos saber que cualquier instrumento requiere un tiempo de reposo y revisión. La oportunidad del posgrado de Trabajo Social Sanitario ha permitido poder ofrecer esta segunda revisión.

Nos basamos en el modelo biopsicosocial y por ello, nos encontramos con una primera clasificación, información referida a lo Bio, información referida a lo Psico e información referida a lo Social. Este orden viene justificado por

el propio término pero no obliga a su secuencia. En este caso no es un procedimiento, sino un instrumento de trabajo que debe ser gestionado de acuerdo a cada caso. Es un instrumento de recogida de evidencias.

Tabla 5

<b>Identificación del caso social sanitario</b>	Motivo de la atención: en la exposición de motivos encontramos lo que preocupa a la persona, a su familia.	
<b>Demanda inicial</b>	Demanda literal: (la recogemos tal cual la expresa la persona o el profesional) que ha motivado el inicio del estudio social. Recordemos a M. E. Richmond.	Quien realiza la demanda. Cliente. Familia. Ambos. Otros.
<b>Demanda cliente</b>	Demanda literal del cliente y/o su familia o exposición del problema. Nos informa que cómo el cliente y/o su familia piensan que se resolvería su situación de problema o necesidad.	
<b>Actitud primera</b>	Observaremos la actitud de la persona y de su familia: ¿tienen miedo?, ¿escuchan?, ¿comprenden lo que les decimos?, ¿se implican en lo que les compete?, ¿rechazan la realidad?, ¿se muestran agresivos?, ¿se muestran pasivos? Debemos dejar que se expresen y se manifiesten. Si les avasallamos con nuestras preguntas vamos a condicionar la información que nos den.	Debemos anotar todas las observaciones.

Tabla 6. Ámbito bio

<b>Dimensión</b>	<b>Variables/Parámetros</b>	<b>Categorías a modo de ejemplo</b>
Diagnóstico	1) Diagnóstico médico principal. 2) Diagnósticos médicos secundarios.	1) Según clasificación usada. 2) Según clasificación usada.
Diagnóstico	3) Diagnóstico de enfermería.	3) Según clasificación usada.
Diagnóstico	4) Otros diagnósticos de interés: Psicología, rehabilitación, Fisioterapia.	4)
Autonomía física	5) Según el personal sanitario. • Necesitamos saber cómo describe el personal sanitario la autonomía física de la persona, pues en ese potencial nos apoyaremos y evitaremos caer en contradicciones diagnósticas. Por ejemplo, a una persona que requiera reposo no le podemos recomendar un paseo diario.	5) 5.1. Necesita ayuda para... (según qué instrumento utilizado). 5.2. No necesita ayuda. 5.3. Existen informes médicos que lo certifican.
Autonomía física	6) Según la persona. • Necesitamos saber cómo se autoevalúa la persona con respecto a su autonomía física. La información que ya tenemos del personal sanitario nos permite gestionar esta vivencia y su grado de adecuación a la realidad. ¿Qué actividades físicas realiza la persona?, ¿y podrá seguir realizándolas?; si se produce un cambio, ¿cómo lo vivencia?	6) 6.1. Necesita ayuda para... 6.2. No necesita ayuda para...

<b>Dimensión</b>	<b>Variables/Parámetros</b>	<b>Categorías a modo de ejemplo</b>
Autonomía física	7) Según la familia <ul style="list-style-type: none"> <li>Es básico, por la influencia que suele ejercer la familia en la recuperación y/o convalecencia conocer su punto de vista sobre ello. Una familia que crea que la persona no puede realizar determinadas funciones no le animará a ello.</li> </ul>	7) <ul style="list-style-type: none"> <li>7.1. Necesita ayuda para...</li> <li>7.2. No necesita ayuda para...</li> </ul>
Pronóstico médico	8) ¿Es de prever que las condiciones actuales del cliente mejoren? <ul style="list-style-type: none"> <li>El pronóstico es básico para que nuestro trabajo resulte eficaz y no entre en contradicción con las limitaciones que pueda sufrir la persona en adelante.</li> </ul>	8) <ul style="list-style-type: none"> <li>8.1. Sí y no necesita apoyos formales.</li> <li>8.2. Sí, y necesita apoyos formales temporales / indefinidos.</li> <li>8.3. No, pero tiene soporte social.</li> <li>8.4. No. Aunque tiene soporte social, es insuficiente.</li> <li>8.5. Cabe esperar evolución física y psíquica.</li> </ul>
Pronóstico de otros profesionales	9) ¿Es de prever que las condiciones actuales del cliente mejoren? <ul style="list-style-type: none"> <li>La interdisciplinariedad nos requiere que conozcamos además el pronóstico de otras áreas de atención, rehabilitación, psicología, etc.</li> </ul>	9) <ul style="list-style-type: none"> <li>9.1. Sí.</li> <li>9.2. No.</li> <li>9.3. Cabe esperar evolución física y/o psíquica.</li> </ul>
Previsión de cuidados	10) ¿Necesita atención social domiciliaria? <ul style="list-style-type: none"> <li>No debemos ver la atención social como algo desvinculado del tratamiento social que vayamos a proponer. En el trabajo social sanitario, la utilización de recursos externos va vinculada al propio plan de trabajo y tratamiento social.</li> </ul>	10) <ul style="list-style-type: none"> <li>10.1. Sí, temporal.</li> <li>10.2. Sí, indefinida.</li> <li>10.3. Sí, pero el domicilio no reúne condiciones.</li> <li>10.4. No.</li> </ul>
Previsión de cuidados	11) ¿Necesita atención sanitaria domiciliaria? <ul style="list-style-type: none"> <li>En este caso estamos hablando de la continuidad asistencial.</li> </ul>	11) <ul style="list-style-type: none"> <li>11.1. Sí, temporal.</li> <li>11.2. Sí, indefinida.</li> <li>11.3. Sí, pero el domicilio no reúne condiciones.</li> <li>11.4. No.</li> </ul>
Enfermedades crónicas	12) ¿Padece la persona alguna enfermedad crónica o degenerativa que en un futuro inmediato le limite en su vida diaria? <ul style="list-style-type: none"> <li>Para ajustar nuestro plan de trabajo a la realidad posible debemos saber la existencia de impedimentos irreconciliables.</li> </ul>	12) <ul style="list-style-type: none"> <li>12.1. Sí.</li> <li>12.2. No.</li> <li>12.3. No se tiene información.</li> </ul>
Enfermedades crónicas	13) ¿Padece algún miembro de su familia alguna enfermedad crónica o degenerativa que en un futuro inmediato le limite en su vida diaria? <ul style="list-style-type: none"> <li>La enfermedad de otros miembros de la familia puede ocasionar grandes alteraciones en la recuperación de la persona.</li> </ul>	13) <ul style="list-style-type: none"> <li>13.1. Sí.</li> <li>13.2. No.</li> <li>13.3. No se tiene información.</li> </ul>

Tabla 7. Ámbito psico

<b>Dimensión</b>	<b>Variables/Parámetros</b>	<b>Categorías a modo de ejemplo</b>
<b>Vivencia de la situación actual de la enfermedad</b>	14) ¿Dónde centra la persona su dificultad o dificultades? <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las teorías dan un valor intrínseco a cómo la persona expresa su vivencia dado que es por dicha vivencia que deberemos iniciar nuestra gestión.</li> </ul>	14) <ul style="list-style-type: none"> <li>14.1. No se puede determinar.</li> <li>14.2. Soledad, aislamiento.</li> <li>14.3. Cuidados continuados.</li> <li>14.4. Estorbo para los suyos.</li> <li>14.5. Alimentación, dieta, nutrición.</li> <li>14.6. Economía familiar.</li> <li>14.7. Relaciones familiares.</li> <li>14.8. Ámbito laboral.</li> <li>14.9. Vivienda inadecuada.</li> <li>14.10. Otros.</li> </ul>

Dimensión	Variables/Parámetros	Categorías a modo de ejemplo
<b>Vivencia de la situación actual de enfermedad</b>	15) Partiendo de la evidencia del trabajador social ¿Cómo vive el cliente su situación actual? <ul style="list-style-type: none"> <li>Parte del tratamiento social puede verse comprometido por la desproporción, por el desajuste entre la realidad y la percepción de la persona.</li> </ul>	15) 15.1. Se encuentra bajo una gran afectación. 15.2. Mantiene una actitud pasiva. 15.3. Se niega a aceptar pautas profesionales. 15.4. Niega la situación. 15.5. No quiere comunicarse. 15.6. Expresa sentimientos de soledad. 15.7. Se muestra indiferente. 15.8. No se ve especialmente afectado. 15.9. No puede comunicarse o expresarse.
<b>Vivencia de la situación actual de la enfermedad</b>	16) ¿Coincide la evidencia observada por el trabajador social sanitario con el relato que efectúa la persona o su familia? <ul style="list-style-type: none"> <li>La falta de coincidencia ya incluye en el tratamiento la gestión de ese desacuerdo.</li> </ul>	16) 16.1. Sí. 16.2. No.
<b>Vivencia de la situación actual de enfermedad</b>	17) ¿Cuál parece ser, en las primeras entrevistas la comprensión de la realidad? <ul style="list-style-type: none"> <li>Es uno de los puntos clave. El tratamiento social se apoya en que la persona tenga conciencia y comprenda dónde está. Hemos cambiado el término “aceptación” por “comprensión”, dado que, como dice M. E. Richmond, hay situaciones que no se pueden aceptar.</li> </ul>	17) 17.1. Adecuada. 17.2. Inadecuada: Desproporcionada y exagerada. 17.3. Inadecuada: Minimizada. 17.4. Negación.
<b>Vivencia de la situación actual de la enfermedad</b>	18) ¿Habla de la enfermedad, sus limitaciones con la familia? <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos interesa conocer el grado de comunicación de la persona enferma con su familia acerca de la vivencia de la enfermedad, las posibles limitaciones. Necesitamos saber qué actitud toma la persona con respecto a la familia.</li> </ul>	18) 18.1. Mantiene una actitud cerrada. 18.2. Habla de ella con la familia.
<b>Comprensión</b>	19) ¿La persona comprende y puede comprender la situación en la que se encuentra en la actualidad?	19) 19.1. Sí. 19.2. No.
<b>Enfermedad mental</b>	20) La persona sigue algún tratamiento en salud mental. <ul style="list-style-type: none"> <li>Ello obligaría a establecer un plan conjunto y supervisado por el equipo de salud mental.</li> </ul>	20) 20.1. Sí, en el mismo establecimiento. 20.2. Sí, en otro. 20.3. No recibe tratamiento psiquiátrico.
<b>Autonomía psíquica</b>	21) Según el personal sanitario.	21) 21.1. Necesita ayuda. 21.2. No necesita ayuda.
<b>Autonomía psíquica</b>	22) Según la persona.	22) 22.1. Necesita ayuda. 22.2. No necesita ayuda.
<b>Autonomía psíquica</b>	23) Según la familia.	23) 23.1. Necesita ayuda. 23.2. No necesita ayuda.

Tabla 8. Ámbito social

Dimensión	Variables/Parámetros	Categorías a modo de ejemplo
<b>Familia</b>	24) Miembros con los que convive. 25) Miembros con los que más se relaciona.	24) Genograma y el eco mapa. 25) Carece de familia.

Dimensión	Variables/Parámetros	Categorías a modo de ejemplo
<b>Ayuda familiar</b>	<p>26) ¿Tiene familia que pueda ayudarle?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El enfoque de la pregunta nos lleva a preguntarle finalmente si la familia que podría ayudarle le está ayudando en la actualidad. Debemos evitar preguntas directas que incomoden a la persona al hacerla consciente de sus precariedades. Ello conllevaría una interrupción entre persona y trabajador social sanitario.</li> </ul>	<p>26)</p> <p>26.1. Sí, le ayuda (especifíquese parentesco de quien principalmente presta los cuidados).</p> <p>26.2. Sí, pero no puede por otras cargas familiares u incapacidades.</p> <p>26.3. No le ayuda.</p> <p>26.4. No necesita ayuda.</p> <p>26.5. Recibe ayuda de servicios públicos.</p> <p>26.6. Recibe ayuda de servicios privados.</p>
<b>Familia</b>	<p>27) La familia muestra capacidad y disposición para el cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos interesa sobre todo si podemos contar con la familia. En ningún caso vamos a convertirnos en jueces de la familia.</li> </ul>	<p>27)</p> <p>27.1. Sí, todos los miembros muestran predisposición para ayudar.</p> <p>27.2. Sí, se identifica claramente un cuidador principal.</p> <p>27.3. El cónyuge deberá dejar el trabajo.</p> <p>27.4. Algún miembro dejará de trabajar.</p> <p>27.5. Rechazo familiar.</p> <p>27.6. No, los miembros dicen que trabajan y no pueden compaginar.</p> <p>27.7. No, la mala relación impide el cuidado.</p>
<b>Familia</b>	<p>28) ¿Existe un riesgo evidente de que quien presta principalmente los cuidados claudique no pueda asumir las tareas y desista abandonando su función?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si bien hace unos años la existencia de familia era un alivio para todos los profesionales cada vez más se precisa atender las posibilidades de claudicación de quien cuida.</li> </ul>	<p>28)</p> <p>28.1. Sí.</p> <p>28.2. No.</p>
<b>Relación núcleo de convivencia</b>	<p>29) ¿Existen indicios de que su vivencia altere sus relaciones habituales con la familia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La persona cuidadora corre el riesgo de quedarse aislada (psíquica y socialmente) del resto de los miembros de la familia. Debemos prevenir.</li> </ul>	<p>29)</p> <p>29.1. Sí, las ha deteriorado perjudicando su evolución.</p> <p>29.2. Sí, las ha reforzado mejorando su evolución.</p> <p>29.3. No.</p> <p>29.4. No se puede precisar.</p>
<b>Relación núcleo de convivencia</b>	<p>30) ¿Altera su vivencia de alguna forma sus relaciones habituales con las amistades?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si vemos algún riesgo de que ello ocurra debemos reflejarlo en nuestro dictamen.</li> </ul>	<p>30)</p> <p>30.1. Sí, las ha deteriorado.</p> <p>30.2. Sí, las ha reforzado.</p> <p>30.3. No.</p> <p>30.4. No contesta.</p>
<b>Amistades</b>	<p>31) ¿Puede la enfermedad diluir las relaciones amistosas?</p>	<p>31)</p>
<b>Laboral</b>	<p>32) Ocupación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos ayuda a establecer un plan de trabajo adecuado a sus habilidades.</li> </ul>	<p>32)</p> <p>32.1. No trabaja, se ha jubilado.</p> <p>32.2. No trabaja, por invalidez.</p> <p>32.3. No trabaja, está en paro.</p> <p>32.4. No trabaja, no tiene edad.</p> <p>32.5. No trabaja, otras causas.</p> <p>32.6. Trabaja por cuenta ajena.</p> <p>32.7. Trabaja por cuenta propia.</p>
<b>Laboral</b>	<p>33) La situación actual ¿afectada su vida laboral?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Información básica para valorar los factores económicos a los que se deberá enfrentar en un futuro próximo.</li> </ul>	<p>33)</p> <p>33.1. No trabaja.</p> <p>33.2. Sí. Deberá dejar el trabajo.</p> <p>33.3. Sí. La baja laboral será temporal.</p> <p>33.4. Sí. Necesitará reducir responsabilidades.</p> <p>33.5. Sí. Existe riesgo de que pierda el trabajo.</p>

<b>Dimensión</b>	<b>Variables/Parámetros</b>	<b>Categorías a modo de ejemplo</b>
<b>Económica</b>	<p>34) El cliente cuenta con ingresos económicos para afrontar los gastos que le genera la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sabemos que la economía suele verse seriamente afectada por la enfermedad y, a veces, traspasa a la propia economía de la familia.</li> </ul>	<p>34)</p> <p>34.1. Sí.</p> <p>34.2. No.</p>
<b>Económica</b>	<p>35) ¿Afecta a la economía de la familia la situación actual de enfermedad del cliente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En qué medida y sobre todo pensando en el futuro por cuanto tiempo.</li> </ul>	<p>35)</p> <p>35.1. Sí, es la fuente máxima de ingresos.</p> <p>35.2. Sí, por los nuevos gastos que deben afrontar.</p> <p>35.3. No.</p> <p>35.4. Cabe esperar evolución.</p>
<b>Vivienda</b>	<p>36) ¿Reúne la vivienda las condiciones necesarias teniendo en cuenta las necesidades de la persona enferma?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las condiciones de salubridad de la vivienda son una parte básica para la recuperación de la salud. Este punto vincularía a los trabajadores sociales de diferentes ámbitos.</li> </ul>	<p>36)</p> <p>36.1. Sí, lo manifiesta el cliente o su familia.</p> <p>36.2. Sí, observación directa.</p> <p>36.3. No. Lo manifiesta el cliente o su familia.</p> <p>36.4. No. Observación directa.</p> <p>36.5. No y es imposible que regrese a ella.</p> <p>36.6. No pero puede adaptarse.</p> <p>36.7. Carece de vivienda.</p>
<b>Vivienda</b>	<p>37) La vivienda no reúne condiciones por...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre debemos especificar las razones.</li> </ul>	<p>37)</p> <p>37.1. Barreras arquitectónicas.</p> <p>37.2. Falta de servicios básicos.</p> <p>37.3. Falta de higiene.</p> <p>37.4. Humedades goteras.</p> <p>37.5. Amenaza ruina.</p> <p>37.6. Carece de luz natural.</p> <p>37.7. Carece de ventilación.</p>
<b>Autonomía social</b>	38) Según el personal sanitario.	<p>38)</p> <p>38.1. Necesita ayuda.</p> <p>38.2. No necesita ayuda.</p>
<b>Autonomía social</b>	39) Según la persona.	<p>39)</p> <p>39.1. Necesita ayuda.</p> <p>39.2. No necesita ayuda.</p>
<b>Autonomía social</b>	40) Según la familia.	<p>40)</p> <p>40.1. Necesita ayuda.</p> <p>40.2. No necesita ayuda.</p>
<b>Relación con otros servicios sanitarios</b>	41) ¿Está en contacto con algún otro trabajador social?	<p>41)</p> <p>41.1. Sí.</p> <p>41.2. ¿Por qué motivo?</p> <p>41.3. ¿Sigue con él?</p> <p>41.4. ¿En qué fase del tratamiento se encuentran?</p> <p>41.5. No.</p> <p>41.6. No lo recuerda.</p>
<b>Relación con otros servicios sociales</b>	42) ¿Está en contacto con algún otro trabajador social?	<p>42)</p> <p>42.1. Sí.</p> <p>42.2. ¿Por qué motivo?</p> <p>42.3. ¿Sigue con él?</p> <p>42.4. ¿En qué fase del tratamiento se encuentran?</p> <p>42.5. No.</p> <p>42.6. No lo recuerda.</p>



Tabla 9

<b>Diagnóstico social sanitario</b>		
<b>Síntesis diagnóstica</b>		
<b>Palabras clave para circunstancias sociales</b>		
Abandono Abuso Adicción Aislamiento Alcoholismo Angustia Ausencia Autonomía Barreras arquitectónicas Claudicación Conflictos	Convivencia Cronicidad Demencia Dependencia Desórdenes psíquicos Desórdenes físicos Discapacidad Exclusión Incumplimiento Negligencia Negación	Paro/desempleo Pobreza Sobrecarga familiar Separación pareja Trastornos alimentarios Toxicomanía Víctima Violencia Vivienda insalubre
<b>Pronóstico social sanitario</b>		

Tabla 10

<b>Procedimiento de atención</b>	
Procedimiento de atención social sanitaria profesional individualizada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de servicios sociales.</li> <li>• Información de servicios sanitarios.</li> <li>• Información de servicios sociosanitarios.</li> <li>• Orientación sobre gestiones administrativas relacionadas con pensiones, salarios, ayudas económicas.</li> <li>• Orientación sobre gestiones administrativas relacionadas con la tarjeta sanitaria, empadronamiento.</li> <li>• Orientación sobre gestiones para solicitar la valoración de la Dependencia.</li> <li>• Apoyo psicosocial, alivio de la ansiedad.</li> <li>• Gestión de los contactos familiares.</li> <li>• Gestión de los contactos laborales.</li> <li>• Gestión de los contactos escolares.</li> <li>• Otras.</li> </ul>
Procedimiento de trabajo social sanitario de caso. <i>Casework</i> . <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Casework</i> con adolescentes.</li> <li>• <i>Casework</i> con población adulta.</li> <li>• <i>Casework</i> con población anciana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estimula al cliente y/o familia para reducir la ansiedad y se toman medidas en el entorno.</li> <li>• Se ayuda al cliente y/o familia para ganar seguridad a partir de la confianza con el trabajador social sanitario.</li> <li>• Se apoya al cliente y/o familia para que comprenda de una manera más real la situación a la que se enfrentan y vamos a tratar de solucionar.</li> <li>• Se ayuda al cliente y/o familia a priorizar sus emociones envueltas en sus relaciones personales y sus consecuencias si ellas producen reacciones comunes.</li> <li>• Se gestionan los servicios de apoyo formal con los servicios sociales públicos.</li> <li>• Se gestionan los servicios de apoyo formal con los servicios sociales privados.</li> <li>• Otros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de trabajo social sanitario de grupo. <i>Group work</i>.</li> <li>• Grupos de apoyo a clientes afectados.</li> <li>• Grupos de apoyo a familiares de clientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con alcoholismo.</li> <li>• Personas con enfermedad crónica.</li> <li>• Personas con enfermedad mental.</li> <li>• Personas con adicciones.</li> <li>• Personas con toxicomanías.</li> <li>• Personas en espera de recibir o recién intervenida de trasplante.</li> <li>• Personas con trastornos de conducta alimentarios.</li> <li>• Personas víctimas de violencia.</li> <li>• Personas violentas.</li> <li>• Otros.</li> </ul>

A medida que vamos especializándonos, gracias al estudio e investigación de nuestras bases de datos podemos ir concretando el área o áreas de nuestros procedimientos. Éste es un ejercicio ineludible para asegurar su desarrollo y definiciones. Los puntos están basados en la teoría de Hollis y Woods, que clasifican según los pasos que permitan poner en juego un tratamiento dinámico. F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework a psychosocial therapy* (3.ª ed., págs. 85-107; ed. original, 1962). Nueva York: Random House.

Procedimiento de atención	
Otros grupos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapéuticos y de apoyo en distintos contextos de intervención.</li> <li>• Educación habilidades sociales.</li> <li>• Psicoeducación (escuelas de familias...).</li> <li>• Ayuda mutua (de familiares y de pacientes).</li> <li>• Control de seguimiento (intervenciones enmarcadas en el trabajo de seguimiento de la intervención con los pacientes).</li> <li>• Voluntarios.</li> <li>• Cuidadores informales (no familiares).</li> <li>• Otros.</li> </ul>
Procedimiento del Programa de Planificación del Alta. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta al domicilio habitual sin apoyos.</li> <li>• Alta al domicilio habitual con apoyos profesionales.</li> <li>• Alta a otro establecimiento sanitario.</li> <li>• Alta a otro establecimiento social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estimula al cliente y/o familia para reducir la ansiedad y se toman medidas ambientales.</li> <li>• Se ayuda al cliente y/o familia para ganar seguridad a partir de la confianza con el trabajador social.</li> <li>• Se apoya al cliente y/o familia para que comprenda de una manera más real la situación.</li> <li>• Se ayuda al cliente y/o familia a priorizar sus emociones envueltas en sus relaciones personales y sus consecuencias si ellas producen reacciones comunes.</li> <li>• Se gestionan los recursos y apoyos necesarios para complementar el tratamiento social de caso, <i>casework</i>.</li> <li>• Otros.</li> </ul>

A medida que vamos especializándonos, gracias al estudio e investigación de nuestras bases de datos podemos ir concretando el área o áreas de nuestros procedimientos. Éste es un ejercicio ineludible para asegurar su desarrollo y definiciones.

Los puntos están basados en la teoría de Hollis y Woods, que clasifican según los pasos que permitan poner en juego un tratamiento dinámico. F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Case-work a psychosocial therapy* (3.ª ed., págs. 85-107; ed. original, 1962). Nueva York: Random House.

Tabla 11. Esfera organizativa y de gestión para estudios multi-céntricos

Área atención actual	Población que se atiende	Ámbitos de la atención actual según el catálogo de servicios del MSC	Ámbitos de la derivación según el catálogo de servicios del MSC
Consultas	Infancia	Salud pública	Salud pública
Urgencias	Adolescentes	Atención primaria	Atención primaria
Hospitalización	Adultos	Atención especializada	Atención especializada
Hospital de día	Mayores	Atención sociosanitaria	Atención sociosanitaria
Hospitalización domicilio	Muy mayores	Atención de urgencias	Atención de urgencias
Atención domicilio		Prestación farmacéutica	Prestación farmacéutica
Otros (especificación)		Ortoprótisis	Ortoprótisis
		Productos dietéticos	Productos dietéticos
		Asistencia Sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros	Asistencia sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros
		Servicios de información y documentación sanitaria	Servicios de información y documentación sanitaria
		Otros	Servicios sociales
			Otros

Tabla 12. Fuentes utilizadas en la investigación. Código FPER

Fuentes personales	Observaciones
El cliente	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

<b>Fuentes personales</b>	<b>Observaciones</b>
Familiares	
Amigos	
Vecinos	
Empresario	
Otros	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

Tabla 13. Fuentes utilizadas en la investigación. Código FPRO

<b>Fuentes profesionales</b>	<b>Observaciones</b>
Abogados	
Administrativos	
Auxiliares enfermería	
Auxiliares SAD	
Bomberos	
Coord trasplante hospital	
Cuidadores particulares	
Educadores sociales	
Enfermería	
Ergoterapéutas	
Farmacéuticos	
Fisioterapeutas	
Forenses	
Inspectores	
Maestros	
Matronas	
Médico	
Otros	
Personal residencias	
Policía	
Policía de barrio	
Psicólogo	
Trabajador social servicios sanitarios	
Trabajador social servicios sociales	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

<b>Fuentes profesionales</b>	<b>Observaciones</b>
Otras	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

Tabla 14. Fuentes utilizadas en la investigación. Código FISA

<b>Fuentes institucionales sanitarias</b>	<b>Observaciones</b>
Atención primaria salud	
Atención especializada	
Atención sociosanitaria	
Paliativos	
ONG	
Organización Nacional de Transplantes	
Otras	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

Tabla 15. Fuentes utilizadas en la investigación. Código FISO

<b>Fuentes institucionales sociales</b>	<b>Observaciones</b>
Albergue	
Asociaciones	
Cáritas	
Casas acogida mujeres	
Centro atención mujer	
Centros cívicos	
Centro discapacitados	
Centro de mayores	
EAIAS	
Juzgados	
Prisiones	
Protección civil	
Residencias mayores	
Servicios sociales	
Sindicatos	
Urgencias sociales	
Centros ocupacionales laborales	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

<b>Fuentes institucionales sociales</b>	<b>Observaciones</b>
Otros	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

Tabla 16. Fuentes utilizadas en la investigación. Código FSM

<b>Fuentes establecimientos salud mental</b>	<b>Observaciones</b>
Centro salud mental	
Hospital de día	
Unidad hospitalización psiquiátrica	
Clínica rehabilitación psiquiátrica	
Centro rehabilitación psicosocial	
Centros de día	
Unidad media y larga estancia	
Otros	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

Tabla 17. Fuentes utilizadas en la investigación. Código FD

<b>Fuentes documentales</b>	<b>Observaciones</b>
Historia clínica	
Historia social anterior	
Registros	
Informes sociales	
Informes médicos	
Informes de enfermería	
Informes laborales	
Informes orientadores escolares	
Tarjeta sanitaria	
Otras	

Fuente: basada en la clasificación de estudio de M. E. Richmond

Esta herramienta es una contribución a la falta de herramientas diagnósticas desde el trabajo social sanitario. Recomienda los pasos comunes que necesitamos dar sin excepción para dictaminar y redactar el diagnóstico social y permite a los trabajadores sociales sanitarios, de atención primaria y especializada, unificar el cómo se construye el diagnóstico social sanitario y aplicar alguna de las clasificaciones social sanitarias existentes. Lo importante no es

la clasificación adoptada, sino el saber emitir el diagnóstico social sanitario. Vamos a tratar de unificar la diversidad de denominaciones y descripciones existentes para nombrar lo mismo.

En el campo sanitario, los grupos de diagnósticos relacionados (GRD) si se quiere simplificar en forma de listado han supuesto un gran paso para la gestión de la asistencia sanitaria, ya que cada proceso (problema, patología) lleva asociado directamente un conjunto de actos médicos ineludibles. De esto, podemos aprender de los gestores de hoy, y el uso de las tecnologías ayuda a ello, a reorganizar la estructura informativa de los procedimientos diagnósticos y los soportes de su registro.

### 3.3. Las palabras clave del diagnóstico

Para construir una clasificación que sirva para recoger el máximo número de circunstancias tomamos la idea de las palabras clave como punto de búsqueda, como ocurre con los artículos científicos. La idea de basar la clasificación de diagnóstico social en las palabras clave surge en la investigación realizada sobre el diagnóstico social sanitario citada.

Por una parte, tenemos la necesidad de clasificar pero, por la otra, la necesidad de mantener la máxima precisión. Por ello vincularemos las palabras clave a la síntesis diagnóstica que, a la vez, surge del diagnóstico social sanitario completo. Volvamos a una de las aportaciones más importantes de Gordon Hamilton para comprender las importantes diferencias de los elementos que conviven antes y después del diagnóstico:

“Las conclusiones son las raíces materiales del diagnóstico, pero no son el diagnóstico. Los hechos y las inferencias no son lo mismo. Es importante ser capaz de distinguir las conclusiones del diagnóstico, como es importante distinguir el diagnóstico del tratamiento. Las conclusiones son el análisis desglosado de los factores esenciales del caso. Ellos deben listarse separadamente o agrupados bajo partidas como un sumario convencional de diagnóstico.

Sin embargo, el diagnóstico requiere la síntesis o reinterpretación de estos factores para darle el significado psicosocial al caso entero.”

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pág. 225). Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

## Resumen

Hemos realizado un recorrido por las principales teorías que ilustran el diagnóstico social sanitario, atendiendo que nos encontramos en el sistema sanitario. El itinerario se ha iniciado a primeros de siglo XX, cuando por primera vez apareció el término *diagnóstico social*.

Hemos visto que la enfermedad imprime en las personas, en sus familias actitudes nuevas, maneras de afrontar esa nueva realidad. Cambia el panorama conocido.

El trabajador social sanitario a partir de la investigación aplicada y de la observación y registros de casos va conociendo más y más de esos aspectos que marcan la diferencia.

Finalmente, el crédito presenta un sistema de información de apoyo al trabajador social sanitario para elaboración del diagnóstico social sanitario.





## Bibliografía

- Almy, F.** (1917). "The conquest of poverty". En: *Official proceedings of the annual meeting*.
- Colom, D.** (pendiente de publicación). *El diagnóstico social sanitario*. Madrid: Asociación Española Trabajo Social y Salud.
- Colomer, M.** (1974). "Método de trabajo social". *Revista de Trabajo Social* (núm. 55).
- Davis, M. M.** (1912). "Social aspects of a medical institution". En: *Official proceedings of the annual meeting*.
- Davis, M. M.** (1911). "Medical and social co-operation". En: *National Conference on Social Welfare*.
- Escohotado, A.** (1999). *Caos y Orden*. Madrid: Espasa Calpe.
- Hamilton, G.** (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". En: *National Conference on Social Welfare*.
- Hamilton, G.** (1934). "Casework responsibility in the unemployment relief agency". En: *Official proceedings of the annual meeting*. Nueva York.
- Hamilton, G.** (1937). "Basic concepts upon which case-work practice is formulated". En: *Official proceedings of the annual meeting*. Nueva York.
- Hamilton, G.** (1951). *Theory and practice of social case work*. Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.
- Healy, W.** (1914). "Psychological work with offenders for the courts". En: *Official proceedings of the annual meeting*.
- Healy, W.** (1917). "The bearings of psychology on social case work". En: *Official proceedings of the annual meeting*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1999). *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*.
- Nacman, M.** (1990). "Social work in health settings: a historical review". En: K. W. Davindson; S. S. Clarke. *Social work in health care. A handbook for practice*. Nueva York: Haworth Press.
- OMS** (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pelton, G. I.** (1910). "The history and status of Hospital Social Work". En: *Official proceedings of the annual meeting*.
- Richmond, M. E.** (1910). *Report of the committee National Conference on Social Welfare*.
- Richmond, M. E.** (1911). "Of the art of beginning in social work". En: *National Conference on Social Welfare*.
- Richmond, M. E.** (1912). "Medical and Social Co-Operation". En: *Official proceedings of the annual meeting*.
- Richmond, M. E.** (1917). *Social Diagnosis*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Scarón de Quintero, M. T.; Genisans de Guidobono, N.** (1989). *El diagnóstico social*. Buenos aires: Humanitas.
- Siebert, A.** (2007). *La resiliencia*. Barcelona: Alienta.
- Turner, F. J.** (2002). *Diagnosis in Social Work. New imperatives*. Nueva York: The Haworth Social Work Practice Press.
- Turner, F.** (1976). *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nueva York: Free Press.
- Woods, M. E.; Hollis, F.** (2000). *Casework, a psychosocial therapy*. Boston: McGraw Hill.

