

---

# Mètode d'intervenció individual «casework» i mètode d'intervenció familiar «family work»

---

PID\_00272823

Dolors Colom Masfret

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores

---



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Completa la seva formació en l'àmbit del treball social sanitari i en els serveis d'atenció al client amb estades, primer, al Bellevue Hospital Center of New York University, a Nova York, i posteriorment, al Departament de Serveis Socials i al Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. Investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també en establiments residencials i serveis d'atenció a domicili, a més d'escriptora i sòcia fundadora de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials. Directora i editora de la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*.

La revisió d'aquest recurs d'aprenentatge UOC ha estat coordinada per la professora: Dolors Colom Masfret (2020)

Segona edició: març 2020  
© Dolors Colom Masfret  
Tots els drets reservats  
© d'aquesta edició, FUOC, 2020  
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
Realització editorial: FUOC

*Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.*

# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>1. Principals famílies en els mètodes d'intervenció des del treball social sanitari</b> .....	11
1.1. El mètode de treball social sanitari de cas, el <i>casework</i> .....	14
1.1.1. Models d'intervenció en el <i>casework</i> .....	24
1.2. Reflexió final sobre el <i>casework</i> .....	27
<b>2. El mètode de treball social sanitari de família, el <i>family work</i></b> .....	28
2.1. La persona malalta com a integrant d'una família .....	31
2.2. Tractament de la família segons el diagnòstic clínic des del treball social sanitari .....	36
2.2.1. Metodologia d'intervenció en treball social sanitari familiar .....	37
2.2.2. Models d'intervenció en treball social sanitari familiar .....	38
2.3. Fitxes de treball d'intervenció en el cas social sanitari, tant individual com familiar .....	40
2.3.1. Treball social sanitari amb persones que han patit grans cremades .....	40
2.3.2. Treball social sanitari amb persones que pateixen diabetis .....	43
<b>Bibliografia</b> .....	47



## Introducció

En treball social sanitari trobem quatre grans famílies de mètodes d'intervenció. Són les següents:

- Mètode de treball social sanitari de cas, *casework*.
- Mètode de treball social sanitari familiar, *family work*.
- Mètode de treball social sanitari de grup, *group work*.
- Mètode de treball social sanitari de comunitat i en medicina comunitària.

Recordem que la inclusió de l'adjectiu *sanitari* obeeix al fet que es desenvolupen i apliquen en establiments i àrees del sistema sanitari. Així doncs, hem de tenir sempre molt present la influència que la malaltia, determinats diagnòstics clínics i les seves seqüeles exerceixen en l'esfera psicosocial i social de les persones afectades també en les seves comunitats. És diferent parlar de la diabetis com a malaltia que de la diabetis que pateix la senyora o el senyor A. Els equips professionals de salut exerceixen en aquest segon pla que aborda la dimensió biopsicosocial de la persona, però aquest exercici està estretament vinculat a altres col·lectius de professionals d'altres àmbits i establiments sanitaris i de serveis socials.

El *A Dictionary of Social Work and Social Care* defineix el *casework* com:

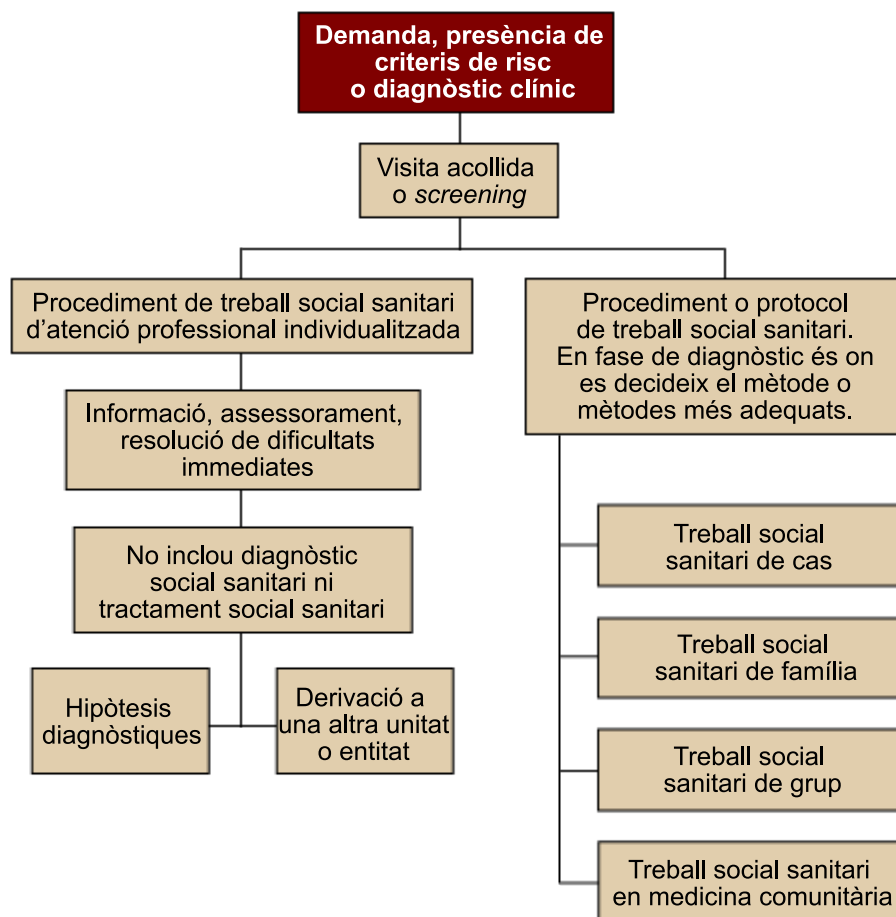
“Un enfocament influent per al treball social iniciat per la Charity Organization Society al segle XIX, primer a Londres i després difós en l'àmbit nacional i internacional per aquesta mateixa societat. L'èmfasi estava a respondre a les persones amb problemes sobre la base d'una avaluació de les necessitats de cada individu. L'enfocament originalment estava immers en els supòsits del COS pel que fa a la culpabilitat individual i la responsabilitat moral, però al segle XX particularment des del final de la Segona Guerra Mundial fins a la dècada de 1970, el treball de casos es va ocupar d'abordar la patologia individual dins d'un marc psicodinàmic que buscava ajudar a una persona a obtenir informació sobre les fonts i les solucions als seus problemes. Aquest treball de cas va ser criticat, des de la dreta, pel seu relativisme moral i, des de l'esquerra, perquè localitzava els problemes de les persones dins de si mateixos i no en els factors externs creats per les divisions socials en la societat, com ara la pobresa, la classe, la “raça” i el gènere. Va caure en desgràcia, encara que el treball amb individus segueix sent la forma dominant del treball social, particularment en entorns legals, i encara es troben elements clau de l'enfocament en l'individu com a font i solució dels problemes”.

John Harris, Vicky White (2018). “Casework”. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press. Disponible a: <https://0-www-oxfordreference-com.catalog.uoc.edu/view/10.1093/acref/9780198796688.001.0001/acref-9780198796688-e-237>

Hem estudiat en l'assignatura *Context històric* i en unes pàgines més endavant en aquest mateix mòdul, la figura de C. S. Loch, com el primer a parlar d'aquest “nou mètode”, el *casework*.

Davant una demanda d'ajuda per part de la persona, de la seva família, davant la presència d'indicadors de risc que inicien l'operativa d'algun procediment o protocol de treball social sanitari o davant la presència de determinats diagnòstics clínics que *a priori* sabem que ocasionen desajustos psicosocials, el primer contacte amb la persona serveix per a efectuar la primera visita exploratòria, on trobem la base sobre la qual iniciarem el procediment o el protocol del treball social sanitari indicat, però sempre sobre la base del mètode de *casework* o treball social sanitari de cas. Com hem vist en assignatures anteriors, des d'aquest primer moment s'inicia una relació terapèutica amb la persona afectada que busca la reconstrucció de les seves fortaleces i les de la seva família.

La figura que segueix esquematitza els diferents punts de partida que es poden donar en cada cas social sanitari.



Esquema simplificat de les famílies de procediments socials sanitaris d'intervenció

Convé que recordem de nou la diferència entre l'atenció professional individualitzada, desenvolupada, sobretot, en àrees d'urgències i que requereix respostes i solucions professionals urgents, i l'atenció que es dona dins dels procediments o protocols del treball social sanitari que inclouen l'estudi social sanitari i el diagnòstic social sanitari, que comporten, per tant, un pla d'intervenció que es desenvolupa i planifica d'acord amb la persona.

En la primera, l'**atenció professional individualitzada**, fins i tot si se segueix un procediment natural, un ordre lògic de les intervencions i gestions en temps real, l'escolta del problema o la demanda, i encara que s'orienti a la cerca de solucions pragmàtiques i ràpides, com que no es construeix el diagnòstic social sanitari per falta de fonts i de temps no és possible iniciar cap tractament social, però sí, hi insistim, una relació terapèutica d'ajuda a la persona que pot derivar en l'inici d'un procediment o protocol del treball social sanitari. En el cas de l'atenció professional individualitzada només es pot resoldre l'immediat, l'emergent, però no es poden diagnosticar ni tractar les causes. Aquí només es poden generar les primeres hipòtesis diagnòstiques de l'atenció necessària per a esmenar la urgència, la dificultat immediata, i derivar el cas social sanitari al recurs o entitat més indicats. El treball social de cas, el *casework* sempre ajuda la persona a elaborar les seves inquietuds, la fa participip de cada moment i de cada decisió. Busquem que confii en les nostres accions i, d'alguna manera, ens convertim una mica en la persona, hem de ser capaços de comprendre el que faria en aquest moment. La credibilitat en els equips de treball social sanitari i la confiança en els seus actes són imprescindibles per aconseguir que l'atenció professional individualitzada tingui els seus efectes per superar la immediatesa.

En la segona, en l'**atenció professional**, que es desenvolupa dins dels procediments o protocols del treball social sanitari definits en la unitat de treball social sanitari i que inclou el diagnòstic social sanitari, per contra, és el tractament social sanitari, la intervenció i els serveis de treball social sanitari que prestem, el que imprimeix el segell de l'atenció seguint i aplicant les teories del treball social sanitari de cas.

Els diferents mètodes que puguem definir i incloure dins d'un servei de treball social sanitari no són excloents entre si, al contrari, en molts casos es veu la necessitat de combinar-los paral·lelament per a anar aconseguint canvis simultanis en els diferents àmbits. El cas social sanitari, com hem assenyalat i d'acord amb la definició de Gordon Hamilton, està integrat per moltes esferes que s'influencien les unes a les altres tant pel que fa a beneficis, com a perjudicis.

Per exemple, gairebé sempre associarem al tractament social de cas (*casework*) el tractament de família, perquè la família de la persona malalta sempre es veu afectada, més o menys, per la situació. Però quan parlem de família, ho fem també de diferents membres que tenen individualitat i, per tant, ens referim a individus que des de la seva individualitat interaccionen entre ells amb una dinàmica determinada i dins d'aquesta dinàmica perquè són part de la família.

En nombrosos casos socials sanitaris trobem que el diagnòstic social sanitari proposa la intervenció des dels quatre mètodes terapèutics i d'intervenció. És aquest judici professional plasmat en el diagnòstic social sanitari el que determina els mètodes necessaris i la seva intensitat per ajudar els membres del nucli d'intervenció a trobar l'equilibri perdut mitjançant la motivació i promoció dels seus propis potencials.

Tota la informació generada l'hem de registrar en el sistema d'informació de la unitat de treball social sanitari, pensant sempre que aquest estarà integrat, actualment o en un futur, en els sistemes d'informació de l'establiment, de l'àrea sanitària, i que en aquest sistema d'informació tindrem les bases de dades en les quals basarem les futures recerques i, per tant, les futures propostes.

L'organització dels procediments bàsics de treball social sanitari se sosté en els punts següents:

- Els sistemes d'informació de l'establiment.
- Els nous instruments de suport i registre destinats a aquesta finalitat.
- La informació per a gestionar la unitat (l'individu) i el conjunt (la societat).

En el desenvolupament de l'acció professional hi ha quatre pilars:

- Procediments-metodologia:
  - Com intervenim, sobre la base de quin model o models i procediments.
  - Com organitzem el sistema d'informació i atenció per garantir les funcions de cada professional de la unitat de treball social sanitari.
  - Quina informació necessitem de la persona, de la seva família i del seu entorn.
  - Com gestionem la llista d'espera, si s'escau, organitzativament i humanament.
- Instruments de treball. Quins instruments de treball social sanitari utilitzem a cada moment del procediment del treball social sanitari. L'ús d'un instrument o un altre ho decideix cada professional del treball social sanitari en virtut de la seva llibertat com a professional. Aquest va ser un dels ensenyaments de Flexner, "els professionals tendeixen a l'autoorganització" i "actuen d'acord amb els seus coneixements":
  - Formularis propis.
  - Formularis adquirits.
  - Escales.
  - Classificacions.
  - Formularis autogestionats.
  - Etc.
- Tècniques:
  - Entrevistes personals.
  - Entrevistes telefòniques.
  - Observació de fets indirectes.
  - Anàlisi qualitativa.
  - Història de vida.
  - *Focus group*.
  - Grups de suport.
  - Grups terapèutics.



- Documentació, registre.
- Enregistrament, àudio, vídeo.
  
- Places dels diferents programes. Cal saber les places (socials, sociosanitàries) disponibles per a donar cobertura a les necessitats de les persones ateses pel sistema de salut:
  - Públiques.
  - Privades.
  - Mixtes.
  
- Atles de la zona:
  - Eficiència.
  - Dèficits.

Aquests quatre pilars sostenen l'acció i la intervenció des del treball social sanitari, tant en l'atenció individual com en l'atenció comunitària, passant per esferes com la família i/o els grups.

Els recursos són limitats i, per tant, rivals entre si. Quan algú utilitza un recurs tangible, per exemple, una plaça de descans temporal familiar, impedeix a una altra persona que la utilitzi. Això comporta una gran responsabilitat professional a l'hora d'assignar el recurs dins de l'unitat de treball social sanitari que estiguem prestant i per això hem de garantir la utilització correcta dels programes i recursos de la xarxa pública i privada, tant els programes d'acolliment com els programes d'alta.

El requisit d'intervenció des de la unitat de treball social sanitari és l'existència d'una necessitat o diverses sorgida arran de la malaltia tractada en establiments sanitaris i que la persona no pot cobrir sola o pels seus propis mitjans, o que la malaltia de la persona posa en risc el seu *statu quo* futur.

Tot això, dins del mètode de *casework* implica mantenir viva la participació de la persona que es converteix en el seu propi agent en la resolució de les dificultats. Però quan parlem de *casework*, també parlem de temps, d'escolta.



## 1. Principals famílies en els mètodes d'intervenció des del treball social sanitari

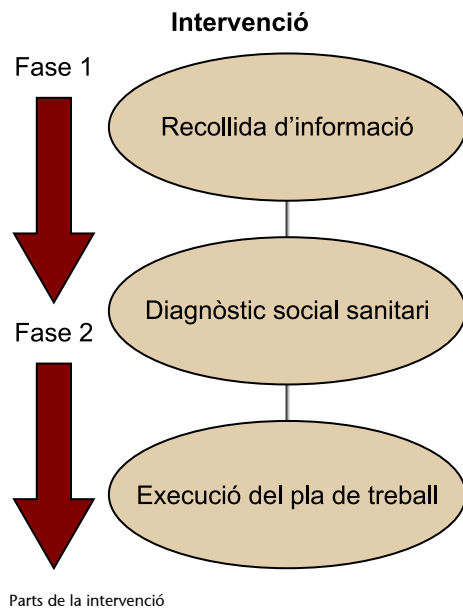
Hem vist que la intervenció professional des del treball social sanitari, a diferència de la intervenció filantròpica en qualsevol establiment sanitari, és una acció estratègica avalada per teories demostrades com a benèfiques per a la persona. Auteurs com Mary E. Richmond, Ida M. Cannon, Gordon Hamilton, Florence Hollys, Mary E. Woods, Helen Harris Perlman entre moltes altres, al llarg del segle passat van anar perfeccionant el mètode de *casework*, però els objectius i els mitjans segueixen sent els mateixos. Com va assenyalar Mary E. Richmond “una ment que intenta influir sobre una altra ment”.

En el nostre àmbit, la falta de tradició en l'estudi dels aspectes psicosocials i socials que determinades malalties generen en la persona i el seu nucli de convivència fa que hàgim de recolzar-nos en recerques fetes en altres països, sobretot els anglosaxons. Busquem recerques que empíricament puguin respondre i aportar llum a preguntes com per a què serveix o ha servit el que fem i la manera com ho fem? Evitem retòriques buides i elucubracions que no estan avalades pel mètode científic. En la segona assignatura, en l'apartat dedicat al catàleg de serveis i a la cartera de serveis de la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, hem vist que la mateixa llei assenyala el requisit que els procediments i tècniques recollits en la cartera de serveis s'han d'haver provat com a benèfics. D'això inferim que el mètode científic regeix el desenvolupament de les intervencions que tenen lloc en el sistema sanitari, cosa que inclou les intervencions des del treball social sanitari. Avui, aquesta segueix sent l'assignatura pendent.

Parlem, doncs, d'una acció que posen en pràctica professionals del treball social sanitari, tant si exerceixen en l'atenció primària com en l'atenció especialitzada. Aquesta intervenció estratègica (amb intenció i objectius terapèutics) es basa en procediments o protocols de treball social sanitari definits i consensuats prèviament, que, ho hem vist també, són guies que assenyalen quina acció es correspon amb cada fase. Els procediments del treball social sanitari divideixen la intervenció en parts ineludibles. Això garanteix que atenguem les persones seguint un mateix criteri, la qual cosa evita el lliure albir i la improvisació i, amb això, la temuda variabilitat. Els procediments i els protocols del treball social sanitari garanteixen que la persona malalta que necessita l'ajuda, la seva família o xarxa social, la comunitat en la qual resideix, la rebin amb les màximes garanties diagnòstiques i com a resposta, tan adequada com sigui possible, a les seves necessitats. Dins de la intervenció veiem que les teories del treball social sanitari assenyalen que les persones han de ser el seu principal recurs i que, alhora, siguin testimoniats dels beneficis i de la recuperació que van aconseguint amb el seu esforç i perseverança. Una ajuda, la professional, que, com hem dit, lluny de seguir un lliure albir irracional i espontani, se sot-

met a la disciplina i segueix les fases dels procediments del treball social sanitari en els quals s'atén i es garanteix el seguiment del mètode científic i l'acció basada en el diagnòstic social sanitari. En la intervenció, després de l'estudi, es reuneixen totes les possibilitats de la solució o solucions per al cas social sanitari concret, sempre mantenint la persona com la principal actora.

En la intervenció des del treball social sanitari diferenciem dues fases, ambdues articulades pel diagnòstic social sanitari. La figura següent il·lustra l'argument:



De manera molt esquemàtica, veiem que la primera fase es caracteritza pel següent:

- Per l'obtenció i recollida d'informació, garantint que resulti terapèutic per a la persona i que no ho percebi com un abocament de dades.
- Per l'elaboració de les hipòtesis diagnòstiques, que s'inicia amb la primera demanda que sorgeix en el primer contacte entre la persona, la seva xarxa social i el treballador social sanitari. La persona ha de percebre, perquè així és, que ens pot explicar les seves preocupacions i inquietuds. Però també ha de percebre, des de la primera trobada, que serà ella la que les vagi resolent. Amb la nostra ajuda, però serà ella qui ho farà.
- Per l'establiment de les primeres hipòtesis. Comencem a identificar les fonts i la informació. Programem les primeres entrevistes, de les quals obtindrem les primeres informacions realitzant una devolució terapèutica a la persona, i començarem a inferir les primeres interpretacions. La primera fase conclou.

Arribem a l'elaboració del diagnòstic social sanitari que, a més de la descripció de la situació que afecta la persona, la seva família, les seves vivències, inclou, sempre segons la teoria del diagnòstic social sanitari que hem estudiat, els

factors del cas que ajudaran a solucionar-lo i assenyalaran el camí que s'ha de seguir i els serveis de treball social sanitari que s'han de prestar. En aquest punt s'inicia la segona fase amb el desplegament del pla de treball.

Les fases generals dels diferents procediments o protocols de treball social sanitari es particularitzen en la persona malalta atesa. Això, hi insistim, depèn sempre de cada cas i ens representa un temps més o menys llarg adequar l'enfocament, perquè cada persona en la seva realitat és diferent. Les nostres intervencions no són comparables a les intervencions mèdiques. Totes dues, encara que interactuen constantment, segueixen *tempo*s diferents, i els camins pels quals assolixen els objectius comuns –totes dues busquen el benestar i la màxima salut de les persones– també són diferents. No obstant això, tots els esforços convergeixen en la persona i, per extensió, en la seva família.

El sistema d'informació de la unitat de treball social sanitari ha de diferenciar les dues fases de cadascun dels procediments i ha d'incorporar un espai per al diagnòstic social sanitari. En aquest mateix espai, a més, per facilitar l'accés i la comprensió als altres equips professionals sanitaris, ha d'incloure un nou espai on es redacta la síntesi diagnòstica del treball social sanitari i les paraules clau per a classificar-lo posteriorment.

Aquestes últimes són essencials per a poder classificar després les circumstàncies que componen el diagnòstic social sanitari i facilitar la recerca. La importància de la classificació resideix en el fet que s'hi basa el treball científic, les repeticions, els patrons de cada persona, la qual cosa ens permetrà establir determinades correlacions entre causes i efectes.

Totes dues fases estan articulades pel diagnòstic social sanitari; és aquest el que permet passar de la primera fase de recerca de variables i circumstàncies a la segona d'acció i intervenció. S'hi concentren totes les accions professionals i de les persones que componen els camins de solució.

Retrocedim en el temps per donar vida a una primera reflexió inspirada en el que Gordon Hamilton va plantejar sobre els problemes socials i els programes. L'autora es va qüestionar quin tipus de problemes i necessitats es trobaven dins del camp del treball social. En el nostre cas, ens hem de preguntar quin tipus de problemes i necessitats es troben dins del camp del treball social sanitari i, el més important, des d'aquest àmbit, quin tipus de serveis de treball social sanitari es donen i com es donen. Actuem de la mateixa manera davant un cas d'una persona amb una diabetis que davant una persona amb un infart, o un accident vascular cerebral, o politraumatitzada? Doncs no, no ho hauríem de fer, perquè cada diagnòstic mèdic també imprimeix les seves pròpies petjades en la persona i en la seva família.

La resposta professional s'inscriu en tots els problemes i totes les necessitats que s'esdevenen de la presència de la malaltia o que en faciliten l'aparició, la propagació, les que sorgeixen de la pèrdua d'autonomia que provoquen les

seqüeles o les pors a aquestes seqüeles. Però aquesta resposta es dona de tal manera que la persona, la seva família, el seu entorn, siguin part de la solució adquirint-ne consciència, i sempre considerant el que implica el diagnòstic mèdic. Si la persona i el seu entorn no guanyen consciència del que s'està gestionant, dels canvis que s'estan aconseguint i dels quals són part activa, no es pot parlar pròpiament de treball social sanitari. Aquest és un dels punts més importants. Des del treball social sanitari sempre s'inclou la persona i la seva família en els passos que es van fent per a la rehabilitació i reinserció social. Si releguem la persona i la seva família a assumir un paper passiu, a executar el que li diem com si es tractés de complir uns requisits administratius, hem de saber que estem falsificant els principis bàsics del treball social sanitari.

Gordon Hamilton va introduir els diferents **procediments (mètodes) de treball social** en els termes següents:

“Hi ha necessitats de masses i solucions de masses, necessitats comunitàries i solucions comunitàries, necessitats de grup i solucions de grup, necessitats individuals i solucions individuals”.

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

Basant-nos en això, recollim les quatre grans famílies de mètodes de treball social sanitari aplicats a l'àmbit sanitari. Recordem que no s'exclouen entre si, sinó que els quatre grups de mètodes es potencien, es complementen.

### **1.1. El mètode de treball social sanitari de cas, el *casework***

El treball social de cas, conegut també com a *casework*, és el primer mètode de treball social que es va aplicar, en un principi, en el camp de la medicina i, en algunes ocasions, en la justícia de menors i en societats d'organització de la caritat (COS<sup>1</sup>). El treball social sanitari de cas projecta la intervenció (estudi, diagnòstic i tractament) sobre la persona, però també irradia tota la família o xarxa social del seu entorn. En el treball social de cas sanitari tot això gira al voltant dels efectes que la malaltia provoca en la persona i el seu entorn, i els suports que requereix per a mantenir la màxima autonomia, la màxima independència, el màxim benestar físic, psíquic i ambiental. Aprofitem les possibilitats que brinda aquest entorn, que segurament també s'haurà de reajustar. Així, en primer lloc ens preguntem quina és la percepció que presenta la persona de la seva situació, quines són les dificultats que detectem, com es poden resoldre o pal·liar, quins ajustos necessitem aplicar a la persona, al seu entorn immediat i al seu entorn comunitari.

<sup>(1)</sup>Acrònim de Charity Organization Society.

El *casework* és, avui dia, un mètode més dels molts mètodes de treball social. No obstant això, representa per a aquesta professió i disciplina la primera forma genuïna, rehabilitadora i terapèutica d'intervenció clínica individual. Va representar un primer gir de l'ajuda clàssica, emparada en els principis i requisits de la caritat, cap a l'ajuda professional, emparada en mètodes que incloïen l'estudi del cas amb l'anàlisi de la demanda, l'elaboració del diagnòstic social

que suportava la intervenció, tant si era per a donar suport a les persones a l'hora d'aconseguir metes, com si era per a transformar realitats o situacions. Algunes de les primeres preguntes que un es pot fer respecte del mètode de *casework* són les següents:

- Quines són les primeres inquietuds que porten a estudiar la demanda d'ajuda?
- Quan, com i on apareix el *casework*?
- Qui són els primers inspiradors del *casework*?
- En què es diferencia el *casework* d'altres mètodes d'intervenció?
- Quins són els principis filosòfics i ètics que inspiren i alhora suporten el desenvolupament, primer pràctic i després teòric, d'aquest mètode de treball social en general, i sanitari en particular?
- Quins són els objectius que es busquen quan s'intervé seguint les pautes del *casework*?
- Quins són els resultats que justifiquen l'eficàcia i eficiència quant a la millora del benestar personal i comunitari?
- Etc.

Recordem la primera assignatura referida als antecedents històrics, on citàvem la primera vegada que apareixia el terme *casework*, el 1896 en la *National Conference of Charities* de la mà de Loch, secretari de la Charity Organization Society de Londres. C. S. Loch va dir:

“El nostre primer deure és indagar. Hem de procurar ser més i més acurats en la indagació. La gent diu «per què hem de fer tanta feina, preguntar tantes qüestions, tal i tal i tal altre? Només si obtenim un o dos fets n'hi ha prou». Crec que tota la nostra experiència ha anat exactament en la direcció oposada. Hem d'indagar no merament en els «fets», sinó en les possibilitats d'ajuda. Sobre l'individu, en el grup de la família i en el grup d'amics. Vostès han de confiar en el creixement social natural que una persona pot aconseguir en el seu medi ambient. Hi ha una espècie de ceguesa en la caritat que no indaga, una ceguesa davant el veritable objecte i finalitat. [...] No hi ha concentració, no hi ha propòsit, no hi ha un resultat futur a la vista. Unes poques preguntes, els tiquets per a la sopa, o tiquet d'algun tipus i s'ha acabat. Si la indagació ha valgut la pena en tots els sentits, s'ha comprès el sol·licitant i n'hi ha hagut prou amb la recerca per a saber que els necessitarà una altra vegada, llavors, vostès veuran que el nostre següent punt és l'assistència adequada. No insistiré en això, però com ho aconseguirem?”.

C. S. Loch (1896). “Charity organization”. *Twenty-third National Conference of Charities* (pàg. 243-248).

El text il·lustra les dues intervencions: l'ajuda reactiva, que hem qualificat com la que prové de l'ajuda filantròpica convencional i que soluciona un problema evident i concret sense més, i l'ajuda des del treball social sanitari, que tot i poder ser reactiva perquè així ho requereix l'emergència en l'acció, a més,

estudia i analitza les causes dels problemes, les estudia i elabora el diagnòstic social sanitari sobre el qual proposa un pla individual i global perquè aquestes mancances no es perpetuïn. És cert que això necessita temps, però tot en l'àmbit social en requereix.

C. S. Loch va ampliar la seva exposició amb una reflexió sobre la importància del treball gestionat i no burocratitzat, i va assenyalar com a exemple que davant determinats problemes socials els comitès de les caritats decidien i assignaven els tipus d'ajudes preestablertes en funció d'unes normes i uns requisits que la persona havia de complir per rebre-les. Ja llavors va indicar, esmentant la paraula *casework*, la necessitat del treball social de cas com a teoria que contextualitzava les característiques individuals i de l'entorn i que ajudaven la mateixa persona afectada a actuar-hi. I va assenyalar que no n'hi havia prou amb la presència de determinats atributs per a prendre determinades decisions i mobilitzar determinats recursos. Va insistir que es necessitava més informació. Hem citat i ampliat aquest paràgraf, a més de pel valor històric que té, per accentuar-ne la crida d'atenció sobre la recerca acurada i la contextualització dels fets. El *casework* no és preguntar sobre el que ens interessa per poder emplenar un formulari o una enquesta preestablerta, el *casework* és preguntar i interactuar d'acord amb les respostes i actituds de la persona.

Situats en el treball social sanitari de cas, ens referim a la recerca de possibles efectes psicosocials en les persones malaltes, en les seves famílies, l'obtenció d'informació particular que ens ajudi a diferenciar un cas d'un altre, una intervenció d'una altra. El diagnòstic mèdic és, segons podem anar veient, un primer determinant, no l'únic, en el diagnòstic social sanitari. Amb això aplicarem a cada cas el model de suport o suports més indicat i seguirem igualment els mètodes de treball social sanitari indicats. En el treball social sanitari hem d'integrar, a més, com hem anat indicant al llarg del curs, els efectes psicosocials que aquell diagnòstic mèdic concret comporta afegit, en particular, a l'àmbit social.

Pensem en persones que han patit grans cremades, en les persones que pateixen diabetis, en les que pateixen malalties neurològiques degeneratives, o en les que pateixen alguna demència, etc. Tots aquests diagnòstics mèdics contenen la seva particular progressió, la qual genera vivències particulars des de l'àmbit psicosocial i, si bé hi haurà molts aspectes comuns i generals, com a especialistes tractarem la situació des del coneixement especialitzat, avançant-nos als desajustos que sorgeixin o que sabem, per les recerques realitzades, que sorgiran de l'àmbit sanitari i social.

El treball social sanitari de cas (*casework*) és l'atenció terapèutica i transformadora individual a les persones malaltes i, per extensió, en el grau i la mesura necessària que estableixi el diagnòstic social sanitari, a les seves famílies. El *casework* estudia la relació que s'estableix entre totes dues parts, la persona

#### Referència bibliogràfica

Podeu ampliar la idea de diagnòstic mèdic a:

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



malalta en qüestió i la família, i es focalitza en els problemes, els desequilibris, les vivències, l'experiència de les vivències i les respostes de cada membre davant d'aquesta realitat que ha generat la malaltia en el seu grau de gravetat.

El *casework* promou l'atenció psicosocial d'una persona que pateix una malaltia que li genera dificultats de tipus psíquic i social, de tal manera que necessita un reajustament terapèutic per a afrontar una nova situació i tornar a ser socialment competent desenvolupant capacitats per a governar la seva vida. El treball social sanitari de cas (*casework*) emfatitza sobre cada persona, contextualitza les circumstàncies que prenen relleu i mitjançant estratègies de motivació, de promoció, de seguretat, genera ajuda. Les intervencions des del treball social sanitari són sempre deliberades i estratègiques, mai reactives o improvisades, i ajuden la persona a millorar i resoldre per ella mateixa les situacions que l'envolten i li generen malestar o desavantatges socials. El treball social sanitari de cas, el *casework*, se centra sobretot en els aspectes i factors positius de la persona i el seu entorn.

Ho van assenyalar, anys més tard, a més de la mateixa Mary E. Richmond, altres autors. Alguns dels seus textos els hem estudiat en mòduls anteriors, ens referim a Garnet Isabel Pelton, Ida M. Cannon, Gordon Hamilton, Florence Hollis, Mary E. Woods, Charlotte Towle, Helen Harris Perlman, etc. Totes elles assenyalen que en un cas social sanitari, una característica irradia uns factors (responsables del fet), i en un altre cas, la mateixa característica n'irradia altres de diferents. Això, s'hi tornar a insistir, és el que assenyalava la necessitat del diagnòstic social sanitari a fi d'ajustar el tractament a les mancances i possibilitats de la persona malalta i de la seva família. Loch va recollir l'essència del mètode del treball social de cas (*casework*), que podem resumir en quatre preguntes:

- Quin és el futur per al qual treballarem amb aquesta persona que presenta dificultats?
- Quins passos seguirem?
- Com podem afirmar científicament que les nostres intervencions són beneficioses?
- Quins procediments, mètodes, seguirem?

El treball social sanitari de cas (*casework*) exigeix del professional poder preestablir la raó per la qual estableix aquella pauta o acord amb la persona, amb la seva família, en aquest cas sempre amb el consentiment de la primera. Constantment es dona la doble direcció: d'una banda, el treballador social sanitari, ell o ella, proposa basant-se en el seu judici valoratiu de la situació que se li presenta, recolzat en teories, en recerques, i d'altra banda, ajuda la persona

#### Referència bibliogràfica

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

a disposar de les seves capacitats i voluntats, les que estan presents, a fi de comprovar el grau de motivació i implicació que té en cada punt concret del pla de treball.

Mary E. Richmond assenyala els aspectes i les recomanacions dins del *casework*:

“La inferència és el procés raonable pel qual passem d'un fet conegut a fets desconeguts. [...] En un primer estadi o temptativa, a les inferències les anomenem *hipòtesis*. [...] la corroboració de les inferències que es poden haver reunit deliberadament o es poden basar en experiències passades. Les experiències passades suggereixen una varietat d'hipòtesi. [...] Les llacunes en les evidències poden fer necessari confirmar les hipòtesis mitjançant experiments. [...] Hi ha el risc d'acudir a testimoniatges incompetents o que donin informació esbiaixada. [...] Els riscos que envolten el procés de raonament es poden donar en quatre camins: podem cometre un error de regles generals, en el cas particular, en l'analogia o en la relació causal. Les regles generals que apel·len a la conducta humana no són mai d'aplicació universal. [...] Les semblances entre casos poden existir, però poden ser només superficials. [...] La inclinació a veure una sola causa. [...] L'estat de la ment del mateix treballador social. [...] L'ús habitual d'acudir a unes poques i favorites fonts de coneixement o de cooperació, el continu desús sota les circumstàncies canviants de recursos que formalment no estan disponibles”.

G. Hamilton (1923). “Progress in Social Case Work. Some Changes in Social Case Work”. *National Conference on Social Welfare* (pàg. 334-337).

Recordem que en treball social sanitari no podem pensar en fórmules magistrals amb les quals si prenem diferents pesos de cada ingredient (circumstància o atribut) i els ajuntem tots resulta una suma el producte de la qual és el diagnòstic social sanitari. Això no és possible, ja que si atenem la teoria, ens diu que el diagnòstic social sanitari és una definició de les dificultats, dificultats contextualitzades en el cas social sanitari, que inclou, a més, els factors de reconstrucció del benestar i el camí que s'ha de seguir. És cert que els ingredients hi són aquí, interactuant, influenciant-se, però lluny de sumar-los com una simple operació matemàtica lineal. Des del treball social sanitari identifiquem les sinergies que es generen entre ells, les quals són molt més que una simple suma o resta. Parlem de sinergia com el sistema circulatori del cas social sanitari que alimenta o retretreu les parts. I, per descomptat, en tenim l'evidència, no hi podem renunciar. Per saber el temps que tenim, podem recórrer a l'informe meteorològic del dia anterior, però també podem mirar per la finestra i veure directament el temps que fa. Això és l'evidència. Si fa sol no necessitem cap fórmula per afirmar que fa sol. L'evidència és un axioma. I un axioma, recordem-ho, és un principi que no necessita demostració.

El 1902 Charles Frederik Weller, com a president i secretari de les Associated Charities de Washington, presentava la conferència “Relief and Prevention” (‘Ajuda i prevenció’). La conferència és important perquè posa sobre la taula la recerca, l'estudi de les persones i les famílies que necessiten ajuda per a guanyar; com a treballadors de la caritat, podem contextualitzar habilitats per al tractament psicosocial en el treball social sanitari. Va començar la conferència fent una analogia entre el treball modern de caritat i la medicina. En un altre moment Weller va esmentar un estudi sobre “Esposes abandonades” realitzat a l'Associated Charities of Boston i es va preguntar quina part suposava l'ajuda en el tractament d'una família en la qual els principals problemes es devien a la mandra, la ineficiència i la intemperància del marit. Per a Weller el

#### Referència bibliogràfica

C. F. Weller (1902). “Relief and Prevention”. *National Conference on Social Welfare* (pàg. 265-277).

que es necessitava era estudiar els pobres i la pobresa de la mateixa manera que la medicina estudia les persones malaltes i les malalties. Primer calia conèixer al màxim el que desencadenava la malaltia. I aquí introdueix el concepte de *casework*.

“Hem de classificar els nostres casos en lloc dels remeis. Quant a les diferents classes de famílies necessitades, què necessitem per a recollir, sistematitzar i difondre els resultats de les experiències dels treballadors en totes les parts del país. Possiblement no es podrà posar gaire èmfasi sobre el *case work*, sobre la recerca exhaustiva i constructiva dels casos, el descobriment de mitjans eficaços per a curar els casos concrets, i la conquesta de les nostres comunitats, principalment per al tractament adequat de les persones i les famílies que són els membres als quals es refereixen les nostres societats”.

C. F. Weller (1902). *Op. cit.* (pàg. 269).

Un altre autor que cal recuperar per la seva visió pragmàtica de l'assumpte és Samuel G. Smith. El 1905, en la conferència que va impartir sobre “Social Standards” (‘Estàndards socials’), Smith va assenyalar que hi havia diverses maneres d'afrontar els problemes des de les polítiques governamentals: els que veïessin la misèria i la pobresa com una realitat estàtica que no es pot canviar i, a més, veïessin les persones que la pateixen sense possibilitats de cap tipus per a aconseguir un millor benestar, deia Smith, que practiquessin la caritat. Però, continuava, els que veïessin la misèria com una circumstància dinàmica, això significa, temporal, circumstancial, ocasional, i que les persones afectades i les seves famílies amb ajuda específica la podien superar amb el seu esforç, els recomanava que practiquessin el treball social i concretament, el mètode del *casework*.

Per tant, la implicació de la persona, de la seva família, ja es veia com a part del tractament de *casework* en contraposició a la pràctica de la caritat més les accions que requeria la mateixa caritat. Smith va proposar, a més, la creació d'estàndards que permetessin comparar poblacions entre si. Els estàndards proposats per Smith es refereixen a les dimensions següents:

- Estàndard físic. Assenyala el cos humà com el més universal de tots els estàndards, i assumeix que d'una nació o raça a una altra hi pot haver diferències d'alçada, de pes, etc. Avui hi podem afegir els mapes epidemiològics de cada àrea. En aquesta dimensió assenyala també que determinades limitacions físiques delimiten determinades activitats. El seu enfocament és positiu, ja que afegeix l'exemple que un home amb el pit afeblit pot tenir èxit com a filòsof però no com a bufador de vidre.
- Estàndard mental. Assenyala la idea de la ment social com un complex de tradicions, emocions, idees i costums que conformen l'autèntic valor de la comunitat dins de la qual la persona en qüestió es desenvoluparà.
- Estàndard econòmic. Inclou l'estàndard de vida que varia d'una època a una altra i emfatitza sobre els graus de pobresa que una societat pot assumir, i afegeix que per a exercir en aquesta dimensió cada professional del

#### Referència bibliogràfica

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

treball social sanitari ha d'estar format degudament per a evitar caure en prejudicis de valor.

- Estàndard d'eficiència. Es refereix a la capacitat d'una comunitat de generar riquesa d'acord amb els diferents grups de persones que la integren. Reforça la idea que els treballadors socials, continuem afegint-hi sanitaris, han de ser conscients de l'eficiència del seu propi treball.

Anys més tard, el 1923, havien passat sis anys des de la publicació de *Social Diagnosis*, i Gordon Hamilton, en la conferència "Progress in Social Case Work. Some Changes in Social CaseWork" ('Progrés en el treball social de cas. Alguns canvis en el treball social de cas'), començava el seu parlament amb els termes següents:

"La Sra. Richmond diu: el treball social de cas, *casework*, consisteix en els processos que desenvolupen la personalitat mitjançant ajustos deliberadament efectuats, individu a individu, entre homes i el seu ambient social".

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pàg. 99-100). Nova York: Russell Sage Foundation.

Què significa això? Què vol dir ajustos deliberats? Bàsicament ens referim a l'ús de l'estratègia. Per exemple, establir pactes amb la persona afectada, proposar-li determinades gestions que l'impliquin, l'aplicació de determinats exercicis de reflexió i comunicació. La intervenció des del treball social sanitari obeeix sobretot a alimentar, a regenerar la voluntat de millora o recuperació de la persona, de la seva família, per mitjà d'ella mateixa, amb els seus aspectes positius. Això es fa aplicant, per exemple, el model dels punts forts que busca centrar-se en allò que és positiu i no en el que és negatiu. Busca les forteses de la persona i el seu entorn. Això implica la interacció constant entre el professional, ell o ella, la persona que motiva l'atenció i la seva família, amb els recursos i programes del seu entorn comunitari. I si aquests recursos i programes del seu entorn són insuficients, des del treball social sanitari s'han de proposar i promoure alternatives comunitàries. No hem d'oblidar que som agents de canvi.

Una vegada conegut el diagnòstic mèdic i els seus efectes psicosocials, aquells que per defecte sabem que estan presents en una majoria de les persones que comparteixen aquest diagnòstic, els confirmem en cada persona, però també atendrem noves raons i hipòtesis que constantment sotmetem a prova. Així, continuem avaluant la línia d'actuació iniciada i, si cal, la revisem. El treballador social sanitari, ell o ella, no és un substitutiu de la família, és un acompanyant estratègic, un observador professional. Mai no ens quedem instruint el cas de manera burocràtica, això no és treball social sanitari. Tot el que ens diuen les persones ha de passar el filtre de l'evidència, allò que no necessita ser demostrat però s'ha de constatar en la seva existència, en com la influència. Recordem que d'una banda estan els fets i d'altra la seva interpretació, la seva contextualització. El diagnòstic social sanitari i el pla d'intervenció, en el procediment *casework*, converteix la persona en la part principal de la seva

#### Referència bibliogràfica

D. Saleebey (2006). *Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston, Massachusetts: Pearson/Allyn & Bacon.

recuperació. Com hem dit, el diagnòstic i el pronòstic mèdic condicionen el tractament de treball social sanitari de cas. Textualment ho explicava així Hamilton el 1931:

“En el treball social hospitalari, el *casework* ha d'estar condicionat per tots els punts del problema mèdic. Què és el que en la situació social i personal del pacient ha contribuït a la seva malaltia o pot contribuir a la seva recuperació?”

G. Hamilton (1931). “Refocusing family case work”. *National Conference on Social Welfare* (pàg. 174).

En el llibre *Theory and practice of social case work* (“Teoria i pràctica del treball social de cas”), Hamilton assenyala les nombroses vegades que s’ha intentat definir el *casework*. De manera molt resumida, ho explica com segueix:

“És la interconnexió de l’adaptació personal de l’individu i la millora de la societat. [...] Algunes definicions de Mary E. Richmond diuen: el treball social de cas es pot definir com l’art de fer coses diferents per a gent diferent i amb gent diferent, cooperant-hi per aconseguir, per a ells i al mateix temps per a la societat, la seva millora. Més tard les definicions aclarien els mitjans i les finalitats del procés emfatitzant que el problema essencialment pertany al client i que el client està activament i responsablement compromès amb la solució [...]”.

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pàg. 22). Nova York / Londres: New York School of Social Work / Columbia University Press.

Hamilton assenyala la interdependència que hi ha entre l’individu i la societat i no cessa d’emfatitzar, juntament amb altres autors, que el benestar de l’individu comporta el benestar social i aquest és l’objectiu final del *casework*.

## Metodologia d'intervenció en el *casework*

### 1) Detecció

Indica com arriba el cas a la unitat de treball social sanitari, per programes a partir de criteris de risc o a demanda:

- Proactiva: es basa en la intervenció sistemàtica a partir de criteris de risc social o davant la presència d’una malaltia que s’ha definit amb gran afectació de l’aspecte psicosocial.
- Reactiva: es basa en la clàssica intervenció a demanda. Igualment, dependent del cas s’iniciarà un procediment general o protocol. La detecció reactiva, sobretot a l’hospital, implica, però, incrementar la pressió en la gestió del cas, ja que se sol donar quan la persona ja no necessita seguir ingressada.

## 2) La primera entrevista

És la més difícil i hi resideix la clau de la bona continuació. En la primera entrevista el treballador social sanitari sempre ha de donar la paraula a la persona, l'ha de deixar que s'expliqui. Aquesta explicació és la porta d'entrada al cas social sanitari. Una vegada la persona ha expressat què sent, sempre se li ha de preguntar: “en què creu que la puc ajudar?”. I en aquesta pregunta la persona posa en relleu les expectatives que té amb l'equip de treball social sanitari. Hamilton recomana evitar les preguntes que es poden respondre amb un *sí* o un *no*.

### Referències bibliogràfiques

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

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pàg. 58). Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

## 3) Recollida d'informació i estudi - identificació de les fonts

Les fonts d'informació sobre les quals es pot elaborar el primer diagnòstic social sanitari es classifiquen en les següents:

- fonts personals,
- fonts professionals,
- fonts institucionals,
- fonts institucionals de salut mental i
- fonts documentals.

## 4) Elaboració del diagnòstic social sanitari

Identificació del procés o processos de treball social sanitari.

## 5) Pla de treball - tractament social

Sempre es basa en el diagnòstic social sanitari i inclou les tres esferes abans esmentades i proposades per Gordon Hamilton:

- L'atenció psicosocial a la persona.
- L'atenció psicosocial a la família i gestió.
- La gestió de serveis i recursos de suport extern a la xarxa familiar.

Dins del mètode de treball social sanitari de cas, els treballadors socials sanitaris no són substitutius de la família, són acompanyants estratègics, observadors especialistes. Tot el que diuen i expliquen les persones ha de passar el filtre de l'evidència –el que no necessita ser demostrat però se n'ha de constatar l'existència– i en com la influència.

Dins del pla de treball social sanitari individual utilitzen intervencions terapèutiques, s'ofereixen serveis de treball social sanitari com: suport, consell, motivació, resolució de crisi, resolució de problemes, narració terapèutica, rehabilitació vocacional, etc.

## 6) Seguiment

El cas social sanitari requereix un seguiment en les tres esferes: la individual, la grupal-familiar i la comunitària, atès que cal anar incorporant noves accions a mesura que la situació, el conflicte, es va equilibrant. El mateix diagnòstic social sanitari es transforma com a conseqüència dels efectes de la intervenció professional.

## 7) Avaluació

- Individual del cas: permet veure'n en perspectiva l'evolució.
- Col·lectiva de la unitat: permet l'anàlisi del col·lectiu i les tendències.

“L'avaluació de l'efectivitat implica el mesurament de resultats obtinguts en la intervenció del treball social per a assolir els objectius. Aquest esforç és fonamental per al desenvolupament de la política de treball basada en l'evidència i la pràctica social”.

G. McIvor (2009). “The evaluation of Effectiveness”. A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pàg. 121-123). Oxford, RU: Blackwell Publishing.

## 8) Registre i codificació

Codificació de la informació diagnòstica: les unitats de documentació classificaran d'acord a cada establiment a fi de poder fer recerques posteriors sobre les dimensions diagnòstiques.

## 9) Objectius

- Objectius generals del treball social individual i familiar:
  - Objectiu general en l'àmbit de les persones: la promoció de les millors cotes de benestar social i salut a partir de potenciar els aspectes positius de les persones ateses (pacients o usuaris) en el sistema sanitari, de les famílies o xarxa social.
  - Objectiu general en l'àmbit dels programes i recursos externs: la cerca continuada permet verificar la necessitat de promoure suports nous que no estiguin disponibles.
- Objectius específics:
  - Respecte a la persona: promoure l'autonomia i l'autodeterminació, ajudar-la a guanyar seguretat i benestar.
  - Respecte a la família: ajudar a comprendre els canvis immediats que la malaltia de la persona promourà en el seu si i brindar-li instruments i recursos per a afrontar els nous reptes.
  - Respecte als programes i recursos: promoure aquells necessaris per a fer front a les necessitats reals de les persones i les famílies.

### 1.1.1. Models d'intervenció en el *casework*

És important que diferenciem les tres vies d'accés de les persones a la unitat del treball social sanitari, als seus professionals:

**1) A demanda de la persona.** La persona sent la necessitat de demanar ajuda davant una situació que creu que l'està superant, o que sent que no pot resoldre per ella mateixa. I, el més important, demana aquesta ajuda. O sent que la seva família, el seu entorn, no la poden ajudar, o no la poden ajudar prou, i ho explicita. Ho va assenyalar més tard Helen Harris Perlman, també autora de referència, en el text següent:

“La persona que acudeix a l'agència social com a client és algú que per un conjunt de raons s'ha trobat incapaç de resoldre el seu problema. Hem de mirar els factors que subjeuen en aquesta incapacitat i finalment ens hem de preguntar i respondre quin procés del *casework* ofereix ajuda a la persona per moure-la d'aquest conflicte o moment de la seva situació de vida perquè sigui més efectiva per a gestionar la resolució del problema que afronta. [...] Això requereix l'exercici amb cert ordre de procediments: 1) hem de conèixer els fets que constitueixen el problema; 2) els fets s'han d'entendre, és a dir, s'han de veure en diverses perspectives: en el seu significat simple, en relació els uns amb els altres i el seu significat compost, i en relació amb la solució que s'ha buscat. Això constitueix idees sobre els fets; 3) hem de fer una elecció conscient de l'acció seleccionada com a conclusió i llavors provar-ne la validesa mitjançant l'experimentació o la reconsideració”.

H. H. Perlman (1971). *Perspectives on social casework* (pàg. 51-64). Filadèlfia: Temple University Press.

Helen Harris Perlman va assenyalar la importància de sospesar les decisions que es vagin prenent juntament amb la persona, per evitar que cometem errors d'intervenció i que això ens porti a un nou problema o a empitjorar el que estem tractant de resoldre.

**2) A demanda dels equips professionals.** Un fet molt comú, encara que no sigui idoni, és que en el sistema sanitari són els equips professionals sanitaris els que ens demanen la interconsulta per a avaluar una persona o la seva família.

No és l'idoni perquè la seva formació acadèmica no inclou el treball social sanitari i, per tant, les seves observacions, tot i poder ser moltes vegades encertades, són discriminatòries. Algunes persones poden quedar discriminades involuntàriament. Molt sovint són els equips professionals sanitaris els que ens deriven a les persones a la unitat davant unes circumstàncies que consideren de risc o directament conflictives. Hem de preveure en aquest context que la necessitat o el problema pot formar part de l'opinió del professional que activa la demanda, però no del sentir de la persona que, suposadament, pateix el problema. Fins i tot pot ser que aquest problema no existeixi més enllà de la percepció del professional sanitari. Parem esment al fet que es tracta d'una opinió professional que intueix un risc, però que hem de validar des del treball social sanitari. Pot succeir que la persona, també la seva família, considerin que no presenta dificultats ni necessita cap tipus d'ajuda. No obstant això, com a especialistes sabem el que la malaltia comporta i, com a coneixe-



dors dels aspectes psicosocials de la persona i de la seva família, en aquestes circumstàncies podem, mitjançant el mètode de treball social de cas, establir un pla d'intervenció d'ajuda o preventiu.

Una altra versió de la demanda dels professionals sanitaris es dona quan aquests deriven una persona o la seva família a la unitat de treball social sanitari perquè se'ls busqui directament algun tipus de recurs. Aquest és un error de procediment de derivació i un reduccionisme del treball social sanitari. No es pot parlar d'un suport, i molt menys d'un recurs, sense abans haver establert el diagnòstic social sanitari, i sempre considerant que el recurs en qüestió és part del tractament de cas o *casework*. Quan això succeeix convé, des de la unitat de treball social, dissenyar algun pla de comunicació amb el personal sanitari a fi que conegui els procediments i criteris d'accés a la unitat i no el converteixin en una oficina calaix de sastre. L'equip de treball social sanitari estudia el cas, valora la idoneïtat dels suports, no solament dels recursos, l'estudia en funció de les necessitats i després proposa. La persona afectada, el seu entorn, sense assessorament professional adequat des del treball social sanitari, sense diagnòstic social sanitari, es converteix en consumidor de suports. El treball social sanitari de cas no té res a veure amb aquesta acció que sorgeix d'una o diverses demandes i no d'un diagnòstic social sanitari.

**3) Sense demanda**, per programa, davant la presència de criteris de risc i els diagnòstics clínics que es determini. En aquest cas som davant un programa que es duu a terme en sectors de la població amb determinats criteris que s'ha demostrat que són de risc. Recordem la necessitat, segons l'OMS, d'establir el càlcul, el valor de risc d'aquella característica o atribut en la població que atenem i la de la nostra àrea d'influència.

En aquest apartat entrarien tots els programes d'atenció, amb els seus procediments, dissenyats des de la unitat de treball social sanitari. Hem de diferenciar les intervencions que parteixen dels programes de serveis mèdics; en tenim mostres, com són els programes d'ACV, els programes de fractures de fèmur, els programes oncològics, etc., que inclouen en els seus processos la valoració des del treball social sanitari. Aquesta valoració inicia alhora un procediment propi de treball social sanitari de cas.

L'exemple per excel·lència de procediment de treball social sanitari amb aplicació de la teoria del *casework* és el procediment del programa de planificació de l'alta sanitària. En aquest punt, el *casework* se centra sobretot en les dificultats de la persona per a tornar o residir a casa seva, en les dificultats i possibilitats de la família per a atendre-la. Però recordem que l'objectiu del *casework* que estem promovent és basar-se en els aspectes positius, és la transformació dels punts febles relacionats amb la persona, amb la manera de viure la malaltia, amb els canvis que aquesta provoca en el seu entorn, amb la seva recuperació, amb la utilització dels seus propis recursos, tot això, segons es tracti, li ajudarà o ajudarà a gaudir d'una vida tan autònoma com sigui possible.

Les fases comunes del procediment de *casework* són les que segueixen:

- Escolta de la primera demanda, inclosa la descripció del problema que aporta la persona o la seva família i les vies de solució. Obligatòriament li

preguntarem en què creu que el podem ajudar. Amb aquesta pregunta li permetem expressar-se i podem entrar en el seu món particular.

- Obtenció de la informació de la persona malalta o de la seva família.
- La seva percepció respecte del que creu que podem fer per ella implica gairebé sempre altres persones. Necessitarem preguntar, ampliar, aclarir.
- Establiment de les primeres hipòtesis: les possibles causes dels problemes en aquest cas concret i les possibles vies de solució.
- Identificació de noves fonts d'informació bàsiques, totes les que considerem que tenen a veure amb l'estudi i la recuperació del cas.
- Interpretació de les dades obtingudes de les diferents fonts. Comprovar-ne la veracitat.
- Elaboració del diagnòstic social sanitari i de la síntesi diagnòstica, aquesta última per a incloure en la història clínica.
- Pla de treball, concreció del procés –o processos– social sanitari i dels objectius marcats.
- Execució del pla de treball. Cronograma.
- Avaluació i, si cal, reformulació del diagnòstic social sanitari.
- Inclusió de la informació del cas social sanitari en la base de dades general de la unitat de treball social.

Cadascuna de les parts es divideix en apartats que conformen “l'arbrat” del procediment. Si la persona està ingressada, atès que el temps d'hospitalització sol ser curt, molts casos s'hauran de derivar a l'atenció primària sanitària per tal que un altre treballador social sanitari continuï el tractament social sanitari iniciat a l'hospital. No s'ha de confondre el tractament social amb l'ús de serveis sanitaris o socials de suport i atenció que puguin formar part del pla de tractament social, però no són el tractament.

En cap cas hem d'associar el *casework* breu o extens amb el temps disponible. És una decisió terapèutica basada en els efectes que es desitja imprimir sobre la persona i el seu entorn.

#### Vegeu també

La intervenció breu i la intervenció extensa s'estudien àmpliament en el mòdul del mateix no, de l'assignatura *Disseny de programes i recursos de suport*.

## 1.2. Reflexió final sobre el *casework*

És sobre la base del diagnòstic social sanitari que, per mitjà del *casework*, ajudem la persona a trobar camins i espais, desenvolupar estratègies que li permetin gestionar les seves realitats relacionades amb la malaltia amb els recursos propis i les possibilitats que li brinda la xarxa social a la qual pertany. La solució sempre s'inicia en la persona. La persona és el centre d'atenció i basant-nos en el diagnòstic social sanitari li prestarem els serveis de treball social sanitari i la dotarem de recursos que millorin la seva autonomia psicossocial. Quan aquesta primera esfera personal i singular no pot afrontar per si sola la nova realitat, s'inicia la gestió de suports externs de caràcter domiciliari o institucional. La funció professional sempre és complementària, no substitutiva de la familiar. Algunes de les preguntes a les quals els treballadors socials sanitaris busquen resposta en una primera presa de contacte són les següents:

- Quina és la gravetat de la malaltia que pateix la persona?
- Quines limitacions li suposarà a curt, mitjà i llarg termini?
- Com viu la persona aquesta realitat?
- La vivència de la persona és proporcional a la gravetat de la malaltia?
- Com s'expressa la persona respecte del seu futur?
- Quines són les noves dificultats que poden sorgir en el dia a dia?
- Com es poden resoldre o pal·liar segons la persona, i també segons la família amb la qual conviu? Hem de recordar que un dels principis del treball social, del sanitari també, assenyala la persona com el primer recurs que cal considerar.
- Quin tipus d'ajustos psicossocials cal treballar en la persona, en el seu entorn immediat i en el seu entorn comunitari?
- Quin paper hi té la família: impulsa la persona perquè millori o neutralitza els esforços que aquesta fa?
- Etc.

### Referències bibliogràfiques

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

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

### Referència bibliogràfica

Sobre el paper de la família podeu llegir:

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

## 2. El mètode de treball social sanitari de família, el *family work*

Centrem-nos en l'atenció a la família de la persona malalta i atesa en el sistema sanitari. Igual que ocorre amb la mateixa persona, la seva família experimenta, d'una banda, vivències relacionades amb l'impacte del diagnòstic mèdic, amb el progrés i l'evolució de la malaltia i, d'una altra, pors per com aquesta nova realitat afectarà la seves esferes (social, laboral, relacional, econòmica), la seva dinàmica particular. Per tant, si bé les teories sobre la família són en la base del nostre plantejament d'atenció a la família, hem de considerar que en el cas que ens ocupa, sense l'aparició de la malaltia del familiar, moltes famílies mai no haurien arribat al nostre servei. És la malaltia del parent la que pot provocar que determinats conflictes, circumstàncies soterrades, apareguin a la superfície i aflorin en la quotidianitat interrompent-la. El reactiu el trobem en la malaltia, de manera que esdevé, diem, un detonant.

Michael Preston-Shoot ho explica com segueix:

“El treball social sanitari de família centra l'atenció en la interacció que s'estableix, individualment, entre els membres d'una família i entre aquesta i els sistemes econòmic, social, cultural, laboral, polític, sanitari, etc., dels quals formen part”.

M. Preston-Shoot (2009). “Social work and family therapy”. A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pàg. 134-136) Oxford, RU: Blackwell Publishing.

En el sistema sanitari, a més, sempre hi ha present la malaltia d'algun d'ells. El primer que hem d'estudiar és com els afecta i els interromp o condiona la quotidianitat, en quina mesura ho fa i com els influencia en les diferents esferes vitals. Dins del treball social sanitari de família cal diferenciar el treball de suport familiar del treball de teràpia familiar.

### 1) Suport a la família

“Implica la provisió de serveis per a nens que viuen a casa i sovint es veu com una alternativa de serveis residencials per a nens. En aquest context les polítiques de suport a la família es veuen com a preventius”.

M. Little (2009). “Family support”. A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pàg. 133-134). Oxford, RU: Blackwell Publishing.

El suport familiar implica també la provisió de serveis a casa per a les persones grans o d'altres que necessiten convalsència, ajuda amb les activitats de la vida diària, etc. El suport a la família sempre busca evitar la institucionalització.

El *A Dictionary of Social Work and Social Care* explica el suport a la família en els termes següents, molt més amplis que Little i contextualitzat al Regne Unit. Així i tot, permet veure la diferència entre el suport a la família i la teràpia de família. Diu així:

“Si un nen és avaluat com a “necessitat” (Llei de la infància 1989, Secció 17), els serveis es poden proporcionar a qualsevol membre de la família sempre que el nen necessitat se'n beneficiï. Aquests serveis poden ser pràctics, de suport o terapèutics, i es poden oferir individualment o en combinació. La Llei de la infància (1989) estipula els serveis que s'han d'implementar per recolzar les famílies quan tenen un “nen necessitat”, que inclou l'atenció diürna, l'atenció a fora de l'escola, activitats, vacances, allotjament de relleu i ajuda pràctica a casa. L'acolliment a curt termini també es pot utilitzar amb el propòsit de recolzar la família. La manera com les autoritats locals han desenvolupat els serveis de suport familiar varia considerablement. L'intent de prioritzar el suport familiar als nens necessitats es veu constantment amenaçat o soscavat per la prominència del treball de protecció infantil per als nens que sofreixen o poden sofrir danys significatius (Children Act 1989, Secció 47). Quan la recerca, en la dècada de 1990, va demostrar que la gran majoria de les recerques de protecció infantil no van comportar que els nens fossin inscrits en el registre de protecció infantil ni als seus serveis receptors, hi va haver intents de reequilibrar els serveis posant significativament l'èmfasi en la direcció del suport familiar. Això va aconseguir resultats desiguals i la protecció infantil encara ocupa una posició dominant”.

John Harris, Vicky White (2018). “Family support”. *A Dictionary of Social Work and Social Care* (2a. ed.). Oxford, RU: Oxford University Press. Disponible a: <https://0-www-oxfordreference-com.catalog.uoc.edu/view/10.1093/acref/9780198796688.001.0001/acref-9780198796688-e-692>

## 2) Teràpia de família

“És una oportunitat d'explorar dinàmiques internes i dificultats externes i les relacions entre totes dues. Vincula el que és personal amb el que és social i els esforços per introduir canvis s'han d'orientar en les dues dimensions”.

M. Preston-Shoot (2009). “Social work and family therapy”. A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pàg. 134-136). Oxford, RU: Blackwell Publishing.

Sempre situats en el sistema sanitari, ens hem de preguntar, encara que sembli una ximpleria, qui és la família de la persona que atenem, si aquesta persona hi confia, si hi compta, si ens permet parlar amb la seva família sobre la malaltia que pateix.

Són moltes les definicions que la sociologia ofereix de *família*. Altres disciplines projecten les seves pròpies definicions. En el treball social sanitari parlem de la família considerant la xarxa social, l'entorn, el nucli de convivència, però no podem deixar de banda la legislació sobre els drets i deures de la persona malalta, en què s'estableix la necessitat de preguntar al malalt en relació amb el context que com a professionals podem establir amb la seva família.

Per això, a mesura que la societat guanya en complexitat, ens veiem obligats a redefinir el concepte de *família* i a enquadrar-lo dins del marc legal segons la Llei d'autonomia del pacient ja esmentada, per la qual cosa queda així condicionada, per llei, la relació que establim entre les famílies de les persones que atenem i els continguts de les nostres intervencions.

Per tant, en una primera fase hem de considerar els límits que estableixen les persones malaltes respecte de qui considera la seva família. Recordem breument que davant la incapacitat de la persona malalta, la llei atorga a la família capacitat de decisió i/o facultats per a ser la veu de la persona malalta, tret que amb anterioritat aquesta persona hagi indicat la seva voluntat, en un document legal o de forma verbal al professional, que no desitja que s'informi la família del seu estat ni de la seva evolució, o que, en cas de pèrdua de facultats, no desitja que la família decideixi sobre el seu pla de tractament. La família, doncs, representa davant els treballadors socials sanitaris una autoritat, si bé la llei també els obliga a demanar a la persona malalta l'autorització per parlar d'ella amb la seva família.

Dit això, assumim també, per la pròpia evidència, que la família és un dels principals suports de la persona i, per tant, que és essencial en la prestació de cures quan aquesta persona emmalalteix. No es neguen altres suports que complementin la família; al contrari, perquè la família pugui continuar cuidant de la persona malalta en determinats casos és necessari incloure-la en algun programa de suport i descans. Excepte relacions molt contaminades en les quals el treballador social sanitari, ell o ella, pugui veure un risc evident de perjudicar la persona malalta, la família és, en termes generals, després de la mateixa persona, el primer recurs al qual acudim i amb el qual comptem. La família també s'ha de sentir protagonista, que forma part de l'ajuda que es presta a la persona malalta, això és, que senti que també està contribuint a restablir la situació. Recordem el mòdul "Models de treball social sanitari: la gestió i la clínica" de l'assignatura *Context històric*, en el qual hem presentat un gràfic que posava en relleu la sensació de pèrdua d'ajuda de la família per part de la població atesa en un hospital d'aguts. Aquesta tendència ens porta, des del treball social sanitari a estudiar en el nostre propi establiment les seves dinàmiques i corbes de tendència, per a poder assenyalar accions que s'han de seguir i per a poder actuar en conseqüència en l'àmbit individual, en el familiar i en el comunitari. De la mateixa manera que concebem la persona dins d'un nucli familiar, concebem la família dins d'un entorn comunitari. La influència d'uns sobre els altres és un fet que es constata en tota intervenció individual i familiar.

Dit això, i havent-ne assenyalat les excepcions, centrem-nos en el treball social sanitari amb la família de la persona malalta, la família que està relacionada i afectada per la malaltia del seu parent, la família que col·laborarà en la seva cura, en les seves noves necessitats, la família que es veurà amb noves responsabilitats. Una família que es trobarà més o menys afectada i que podrà afrontar més o menys les noves circumstàncies. Cal especificar que el treball social sanitari familiar va molt més allà d'aquest context en el qual ens trobem i al qual ens cenyirem, però aquest és el context en el qual coincideixen la major part dels desajustos que s'aniran presentant.

El *A Dictionary of Social Work and Social Care* explica la teràpia de família com segueix:

“Treballar amb les famílies, en comptes de persones, per promoure el canvi i el desenvolupament, i trobar solucions constructives als problemes dins de les relacions perquè la família funcioni més fàcilment. Hi ha una varietat d'enfocaments, però sovint s'empra una perspectiva de teoria de sistemes que veu la família com un sistema d'autogovern interdependent, que s'executa d'acord amb les “regles” desenvolupades al llarg del temps i que té una sèrie de subsistemes, cadascun dels quals afecta l'altre –sistemes i el sistema familiar en el seu conjunt. S'encoratja els membres de la família a compartir les seves creences, perspectives, experiències i narratives per avançar cap a patrons habituals de comportament destructiu. Les habilitats del terapeuta familiar radiquen a involucrar els membres de la família en el procés terapèutic, aprofitant les fortaleces de la família, perquè els patrons de comportament rígids i els guions familiars es puguin interrompre i es puguin generar canvis. A mesura que la teràpia familiar s'ha desenvolupat, algunes versions d'aquesta han anat més enllà d'una visió tancada de la família en la direcció de recolzar el canvi en les relacions que van més enllà dels membres de la família immediata. Això pot implicar la participació d'altres persones importants per als membres de la família, incloses aquelles amb les quals hi pot no haver un vincle sanguini. Aquest enfocament es basa en el reconeixement que diferents grups i cultures tenen diferents interpretacions sobre el que significa una “família”. En conseqüència, l'Associació de Teràpia Familiar i Pràctica Sistèmica considera una família com qualsevol grup de persones que es defineixen a si mateixes com a tals i que es preocupen i cuiden entre si. Els crítics assenyalen la postura “neutral” cap a la dinàmica familiar ocupada per molts terapeutes familiars, argumentant que això no qüestiona l'operació del poder en les famílies, per exemple, les formes en què els homes oprimeixen i subordinen les dones en les famílies”.

John Harris, Vicky White (2018). “Family therapy”. *A Dictionary of Social Work and Social Care* (2a. ed.). Oxford, RU: Oxford University Press. Disponible a: <https://0-www-oxfordreference-com.catalog.uoc.edu/view/10.1093/acref/9780198796688.001.0001/acref-9780198796688-e-694>

## 2.1. La persona malalta com a integrant d'una família

Ben aviat Mary E. Richmond, abans de 1917, data en què va publicar *Social Diagnosis*, es va adonar que tractar només la persona era un error, ja que la seva situació, fos la que fos, afectava de maneres diferents els membres de la família amb els quals vivia. La malaltia, circumstància que ens ocupa, moltes vegades s'havia originat en aquell context familiar i ambiental i, per tant, aquell entorn havia de ser tractat per igual per a evitar que continués perjudicant la persona i, també, algun altre membre familiar. Així, va proposar que en el treball social de cas sempre s'inclogués la família i el treball familiar. Llevat d'algunes excepcions, en el treball social sanitari, com hem comentat, la família sempre està present i forma part de tota intervenció que es dugui a terme.

Ida M. Cannon, en paral·lel a Mary E. Richmond, escrivia sobre el fet que la treballadora social a l'hospital veia la persona malalta com a integrant d'una família i d'un grup comunitari.

“De la mateixa manera que el doctor no veu l'òrgan malalt aïllat i veu la possibilitat que afecti la resta del cos o que aquest l'afecti, la treballadora social hospitalària veu el pacient no com una persona desafortunada que ocupa un llit d'hospital, sinó com una persona que pertany a una família, a un grup de la comunitat que està alterat perquè un dels seus membres està malalt”.

Ida M. Cannon (1917). *Social work in hospitals: A contribution to progressive medicine* (pàg.16). Nova York: Russell Sage Foundation.

No obstant això, en la societat actual, no podem pressuposar i estem obligats a acreditar. Per això és tan important, hi insistim, que se segueixi la progressió de la malaltia i s'obtingui el permís de la persona malalta per poder defensar davant la resta les seves voluntats, si arriba el cas. Trobem molts exemples en els quals, davant una malaltia greu, la família ha negat a la parella de fet de la persona malalta estar amb ella i acompanyar-la. Això es va donar al principi de l'epidèmia de sida als anys vuitanta, quan algunes persones en estat terminal ingressaven a l'hospital i es veien privades de la companyia de la seva parella.

La interacció entre la persona malalta i la seva família (la seva xarxa social, el seu entorn) és contínua, i els efectes de la malaltia, per tant, també afecten el conjunt. En els últims anys l'atenció a la família ha adquirit una gran importància, sobretot en la família cuidadora, i dins d'aquesta en qui assumeix principalment l'atenció de la persona malalta. La claudicació dels cuidadors és una realitat que hem de valorar en els casos socials sanitaris que atenem i dels quals fem seguiment.

Si bé als anys setanta, als vuitanta i fins i tot a començament dels noranta la presència de la família significava comptar amb ella per cuidar de la persona i era una garantia que aquesta persona no quedaria desatesa, l'experiència ha anat posant en relleu que aquesta regla de tres no sempre es compleix. Cada vegada menys. Ara la família de la persona malalta també és objectiu d'estudi per part de la unitat de treball social sanitari, tant en el seu paper de recurs com de prestació de cures, i també en el seu paper d'objecte d'intervenció, per tal d'evitar que es trenqui a causa de la pressió que suposa l'atenció a la persona malalta, o pel mateix estrès que comporta la malaltia. Determinades malalties involucren directament la família com un tot les parts del qual pateixen les dificultats per separat. En el nostre treball també hem de descartar que les males relacions familiars perjudiquin la recuperació o atenció de la persona malalta.

Gordon Hamilton, anys després que Mary E. Richmond assenyalés la importància del treball amb la família, va insistir sobre això. Escrivia:

“No solament són els problemes psicosocials, interiors o dels altres, molts problemes del *casework* són interpersonals, és a dir, que hi ha més d'una persona involucrada en el tractament de l'individu i en el *casework* en particular hi està implicada la unitat familiar”.

Gordon Hamilton (1951). *Op. cit.* (pàg. 22).

En el treball social sanitari trobem **dues línies d'atenció a la família**:

1) La que deriva de la malaltia d'un dels membres i per extensió s'atén tota la família o xarxa social propera: tant si és per a restablir les quotidianitats dins de la dinàmica familiar i social, com per a ajudar-los a comprendre la nova realitat, les noves necessitats del parent, o sobretot per a ajudar-los a afrontar el futur. Francis J. Turner proposa dues classificacions de trastorns sobre els quals és necessari intervenir individualment i familiarment:

#### Referència bibliogràfica

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



- Trastorns psicosocials, trastorns afectius, depressió, trastorns d'ansietat, trastorns per l'ús de drogues, la malaltia fictícia, trastorns mentals orgànics, trastorns paranoides, trastorns de personalitat, trastorns psicosexuals, esquizofrènia, etc.
- Trastorns orgànics o diagnòstics mèdics, artritis, ceguesa, pacients cremats, càncer, trastorns cardíacs, sordesa, diabetis, epilèpsia, problemes genètics, hemofília, etc.

En aquests casos, l'atenció a la família és sobretot preventiva, però també assistencial, perquè introdueix elements d'acció homeostàtica. El motiu d'atenció és la malaltia del parent que provoca desequilibris en la dinàmica familiar i no un desequilibri previ de les relacions entre els membres. Aquest fet porta a la segona línia d'acció.

2) La que deriva d'una família que presenta per ella mateixa, amb independència que algun dels seus membres estigui malalt, greus trastorns i patologies que n'afecten l'estructura i el funcionament bàsic. Es parla de família desestructurada, disfuncional, de relacions tòxiques i patològiques entre els pares, entre els fills, això tant en l'àmbit privat com en l'àmbit públic. En tots dos casos el fet deriva en una pèrdua, estructural o conjuntural, de la funcionalitat i del benestar. En aquest cas serien els serveis de treball social sanitari de salut mental els qui afrontarien les diferents teràpies d'intervenció que es podrien prescriure.

Com assenyala Charlotte Towle, els treballadors socials sanitaris es troben amb famílies que repetidament pateixen crisis que desequilibren el dia a dia dels seus membres. Towle assenyala, a l'hora de treballar amb famílies, la necessitat de conèixer la responsabilitat legal que donen les relacions de parentiu.

A Espanya una de les autores que més ha desenvolupat el treball social familiar, tant des de la teoria com des de la pràctica, és Elisa Pérez de Ayala. Escriu en el seu llibre:

“Los miembros de una familia forman un grupo pequeño, que es más que la suma de varias personalidades diferentes; es además la interacción de esas personalidades y la influencia de unas en otras. Esta idea nos lleva al acercamiento, a la afirmación de que un grupo es en sí mismo una realidad que debe ser vista y comprendida como tal. [...] Una familia en crisis ha perdido la capacidad de restablecer el equilibrio y padece en cambio una necesidad constante de adaptarse, cambiando las pautas de interacción entre sus miembros”.

Elisa Pérez de Ayala (2000). *Trabajando con familias* (pàg. 31-51). Saragossa: Ed. Certeza.

Estem veient que l'atenció a la família és una de les competències clau de la unitat de treball social sanitari, tant des de l'atenció especialitzada com des de l'atenció primària. Aquesta atenció des de la unitat de treball social sanitari es produeix en paral·lel a la de la persona malalta. Els diferents membres que componen el nucli familiar són vistos per separat, ja que davant la mateixa realitat cadascun presenta els seus propis límits i les seves pròpies vivències.

#### Referència bibliogràfica

C. Towle (1987). *Common Human Needs* (pàg. 86-99). EUA: NASW.

Cadascun compta també amb les seves pròpies capacitats i recursos psíquics. En l'atenció especialitzada pot ocórrer que només es pugui orientar aquest tractament de la família mentre continua amb el seguiment la unitat de treball social de l'atenció primària.

Florence Hollis i Mary E. Woods van plantejar els conceptes bàsics del tractament familiar mitjançant una classificació simple, i òbvia, de dos tipus de famílies: les funcionals i les disfuncionals. Les autores subratllen la importància de veure com interactuen les diferents personalitats dels membres familiars i com contribueixen, sumant o restant, a afrontar la nova responsabilitat. En el treball social sanitari hem de veure l'actitud de la família davant la malaltia i davant la persona malalta:

- Com l'afronten els seus membres?
- Com actuen davant la persona malalta?
- Quines iniciatives prenen?
- És la família, en conjunt, activa o passiva?
- Quina estructura té la família i quin paper hi exerceix la persona malalta?
- Com és la jerarquia?
- Quin tipus de suport necessita la família per a evitar que es trenqui i per a facilitar-li els ajustos per a seguir amb la seva pròpia continuïtat?
- Quins rols té?
- Qui és el líder?
- Etc.

Hollis i Woods assenyalen la varietat d'escoles que han promogut teories sobre la família i manifesten que no s'identifiquen de manera explícita amb cap.

“En algun cas, el llenguatge de la teoria de la família és tan abstrús que pot semblar difícil d'aplicar a les persones reals que visiten les nostres oficines. [...] La teoria de la família té àmplies esquerdes i els principis varien en els graus d'abstracció i d'inclusió”.

Mary E. Woods; Florence Hollis (2000). *Casework. A psychosocial therapy* (pàg. 373). Boston: McGraw-Hill.

Però l'aportació de Hollis i Woods a les teories d'atenció familiar és àmplia i generosa:

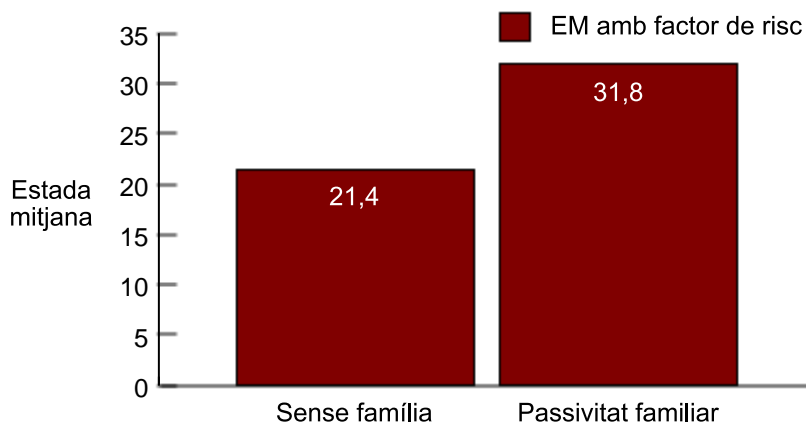
- Es refereixen a la família com a sistema. Perceben els membres de la família com una entitat i no com la suma de fortaleces o debilitats dels seus membres.
- Diuen que la persona identificada, la persona que demana ajuda, és de vegades el membre a través del qual la família pot expressar els seus símptomes i disfuncions.

- Sobre la base de la teoria dels sistemes, asseguruen que quan una persona fa un canvi significatiu, els qui hi estan vinculats emocionalment necessiten fer canvis compensatoris.

Però en el treball social sanitari ens trobem amb famílies de persones malaltes que condicionen la malaltia, i que ajuden a la recuperació o, per contra, la dificulten amb actituds negatives i negligents. Sabem, encara que s'hagi estudiat poc, que en el treball social sanitari la presència de la família no sempre és sinònim de benefici per a la persona malalta. Per exemple, una família amb una actitud passiva, desinteressada pel que suposa atendre la persona malalta, ajudar-la, donar-li suport, entorpeix el tractament social més que l'absència total de família que s'ocupi de la persona malalta. La figura següent il·lustra aquesta afirmació en associació amb el temps d'estada mitjana a l'hospital. Si bé els valors que presentem no són extrapolables a altres hospitals o establiments, mostren un fet que des del treball social sanitari hem de considerar i comunicar a la resta de l'equip professional. Hi veiem la diferència d'estada mitjana entre una població i una altra prenent com a element diferencial la variable de risc *actitud de la família*. Els valors apunten hipòtesis que cal analitzar amb més profunditat. Com afecta l'actitud de la família en el desenvolupament normal dels procediments de treball social sanitari i el temps d'hospitalització?

Diferència de l'estada mitjana en persones sense família o amb família que pren una actitud passiva

**Estada mitjana segons factors de risc social N = 2.775**



Font: Hospital Dos de Maig. Creu Roja Barcelona (1997)

La gràfica és ben eloqüent. Encara que es tracta d'informació analitzada en el sistema d'informació del procediment del programa de la planificació de l'alta de l'hospital, n'hi ha prou per a prendre en consideració la variable *actitud de la família* dins de l'estudi del cas. La diferència de gairebé deu dies entre un col·lectiu i un altre justifica una recerca més profunda de totes dues variables.

## 2.2. Tractament de la família segons el diagnòstic clínic des del treball social sanitari

De la mateixa manera que el diagnòstic clínic imprimeix en la persona unes vivències determinades que s'han d'abordar específicament, en la família ocorre una cosa semblant. També es donen diagnòstics en els quals el procés o gravetat provoquen un gran moviment i dolor intern en la família. Una realitat que els treballadors socials sanitaris treballen ajudant a situar la família en l'òptica correcta i buscant alhora els reajustaments necessaris per a afrontar la nova realitat. No es pot minimitzar la dolència, però tampoc s'ha de maximitzar. La subjectivitat de cadascun dels membres de la família pot deformar la realitat, pot amplificar les dificultats futures o les pot negar o minimitzar. Per això és important per als equips de treball social sanitari conèixer els aspectes més rellevants del diagnòstic mèdic i la seva evolució habitual.

En aquest context resulten molt il·lustratives les teories de Charlotte Towle, els textos, llibres, estudis i observacions de la qual han estat un suport teòric per a moltes de les figures del treball social de les quals ens nodrim, com ara Gordon Hamilton, Helen Harris Perlman i Francis J. Turner. El 1945, Charlotte Towle va escriure un llibre sobre les necessitats humanes comunes. Escriu, referint-se a la família:

“Hem considerat algunes de les necessitats comunes de les persones com a individus en els diferents estadis de la vida i com a individus que participen en el grup, la família i la comunitat. [...] Els conflictes poden ser més grans en l'assistència pública: des de l'assistència pública els treballadors socials tracten les famílies en moments amb complicacions desconcertants, en famílies que amb freqüència han patit crisis repetides o xocs, aquesta lluita normal de cada membre de la família per mantenir-se proper a la família i alhora mantenir-se'n distant pot ser més gran. Els conflictes són en essència els mateixos, només potser més intensos, amb un joc emocional més gran en les decisions que impliquen la dependència o la separació”.

C. Towle (1987). *Common Human Needs* (pàg. 86-99). EUA: NASW.

Per a Charlotte Towle l'enteniment de la vida de la família dona un nou significat legal i noves disposicions relatives a la responsabilitat dels parents. Towle assenyala que, si bé els problemes econòmics generen problemes en les famílies, no hem de pensar que aquests problemes, els econòmics, subjeuen en totes les males relacions. Per a ella, els treballadors socials moltes vegades entren en escena en moments d'inestabilitat familiar, per exemple la malaltia d'un parent. Towle subratlla com n'és d'important conèixer els patrons familiars i les seves implicacions. I finalment indica que cada aspecte de la vida de la família reflecteix les relacions familiars, de manera que apunta que el respecte per la vida familiar comporta canvis en les polítiques assistencials i les lleis.

Charlotte Towle presenta els aspectes més quotidians de la vida d'una família buscant els punts que la fan semblant a unes altres famílies. Es basa en unes necessitats comunes de tots els membres, la qual cosa no significa que aquestes necessitats es puguin definir de la mateixa manera i que requereixin la mateixa atenció professional. Cadascuna s'ha de contextualitzar en el medi.

Phoebe Prosky, en el llibre de Francis J. Turner, dedica un capítol a la teràpia familiar en concret. Indica que la teràpia amb la família comença en el mateix moment en què s'entra en contacte amb el terapeuta, encara que això ocorri per telèfon. Per descomptat, la recollida d'informació i l'observació estricta de la dinàmica que mostren els membres de la família són una part vital de l'abordatge i posterior diagnòstic. A tall d'exemple: dos membres que s'asseuen ben separats simbolitzen la seva relació distant, i el treballador social sanitari, ell o ella, pot haver de proposar que acostin les cadires perquè s'enceti una nova dinàmica entre ells. El canvi de les distàncies canvia les dinàmiques.

En el mateix llibre es tracten altres abordatges de la família en determinades malalties; per exemple, Larry L. Smith tracta l'abordatge del nen epilèptic, de la seva família.

“L'epilèpsia pot afectar les vides d'altres membres de la família després de la del pacient. Per exemple, els pares del nen epilèptic sovint pateixen fortes tensions emocionals i han de fer ajustos significatius en les seves actituds i estil de vida a causa de la malaltia del fill. [...] De vegades un dels pares pot culpabilitzar l'altre, en particular quan hi ha una història familiar d'epilèpsia. Altres pares senten vergonya per la malaltia del seu fill i es pregunten què en pensen altres familiars i amics. [...] Els germans i germanes dels nois amb epilèpsia sovint experimenten problemes semblants”.

Larry L. Smith (1976). “Social work with epileptic patients”. A: Francis J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work* (pàg. 420-429). Nova York: The Free Press.

L'autor continua explicant que la unitat de treball social sanitari ajuda els pares, la família, a veure que tot això que ells pensaven no és del tot cert, sempre basant-se en la realitat. Així els permet reconsiderar i refer el seu punt de vista. El professional ajuda a fer el reajustament entre la realitat i el que havien imaginat.

### 2.2.1. Metodologia d'intervenció en treball social sanitari familiar

Elisa Pérez de Ayala, ja citada, proposa la metodologia següent: estudi; interpretació diagnòstica; i intervencions i tractaments de família. A continuació es desglossen aquestes etapes.

1) **Estudi.** Inclou les fases següents: 1) admissió o abordatge de la família; 2) primera entrevista amb la família; 3) història familiar; 4) registre i valoració: genograma, ecomapa, mapes de relacions, xarxes socials i familiars.

2) **Interpretació diagnòstica.** Inclou les fases següents: 1) avaluació de la família; 2) família normal i sana; 3) l'emergent: el motiu manifest, el motiu latent, la necessitat i la demanda; principals punts per a la interpretació diagnòstica; taxonomies de les disfuncions familiars: disfuncions dels mecanismes reguladors primaris, disfuncions subsistèmiques, anomalies en la comunicació.

#### Referència bibliogràfica

P. Prosky (1976). “Family therapy: an orientation”. A: Francis J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work* (pàg.106-119). Nova York: The Free Press.

#### Referència bibliogràfica

E. Pérez de Ayala (2000). *Trabajando con familias*. Saragossa: Ed. Certeza.

**3) Intervencions i tractaments de família.** Inclou les fases següents: 1) establiment d'un projecte; 2) contracte; 3) procés d'intervenció, indicacions i contraindicacions en el treball amb la família.

#### 4) Objectius generals del treball social individual i familiar

- Objectiu general en l'àmbit de la família: el canvi cap a la recuperació de l'equilibri.
- Objectiu general en l'àmbit dels serveis i recursos externs: la recerca i l'avaluació de les intervencions han de permetre proposar serveis i programes de suport externs.

#### 5) Objectius específics

- Respecte als membres per separat: promoure l'autonomia i l'autodeterminació, ajudar-los a guanyar seguretat i benestar.
- Respecte a la família: ajudar-la a comprendre els canvis immediats que la malaltia de la persona promourà en el seu si i brindar-li instruments i recursos per a afrontar els nous reptes.
- Respecte als serveis i recursos: promoure els serveis i recursos necessaris per a fer front a les necessitats reals de les persones i les famílies.

**6) Àmbits d'actuació.** Els propis del sistema sanitari: 1) atenció primària; 2) atenció especialitzada, que inclou els hospitals i l'atenció sociosanitària; 3) salut mental. En tots els àmbits considerem les esferes proposades per Pérez de Ayala: la família i la comunitat, la família i la salut, la família i el nen adolescent, la família i la tercera edat, la família i el treball social amb la justícia, el treball social en les intervencions de parella.

### 2.2.2. Models d'intervenció en treball social sanitari familiar

Michael Preston-Shoot proposa dos models bàsics:

“El model de la teràpia familiar psicodinàmica: emfatitza els factors històrics que continuen influenciant els membres de la família i les interaccions. Utilitza eines com el genograma per a assignar el mapa històric de la informació i el desenvolupament.

El model de la teràpia familiar estructural: se centra en el present i en com les estructures, els límits, dins d'una família, poden ser disfuncionals. Utilitza eines com la «promulgació» (fer que una cosa es divulgui), per tal d'aclarir fets parla del comportament de les persones amb la finalitat de canviar la manera com aquestes interactuen”.

M. Preston-Shoot (2009). “Social work and family therapy”. A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pàg. 134-136). Oxford, RU: Blackwell Publishing.

Preston-Shoot assenyala la necessitat de distingir entre sistemes oberts (famílies amb capacitat per a evolucionar) i sistemes tancats (famílies caracteritzades per la resistència al canvi).

Continuem amb Elisa Pérez de Ayala, la qual proposa el model sistèmic inspirat en la teoria dels sistemes proposada per Ludwing von Bertalanffy. Esmenta els següents:

**1) Model existencial de C. Whitaker.** Els jocs relacionals són el principal recurs terapèutic. Per a aquest autor:

“Les famílies disfuncionals viuen les dificultats de comunicació manifestades per la presència evident d'una «ovella negra» o un «heroi familiar» [...] Encara que semblin caòtiques les intervencions destinades a qüestionar el sentit que les persones atribueixen als successos”.

**2) Model de l'escola estratègica de Jay Haley.** Seguint les teories dels inspiradors Bateson i Erickson, se centra en les paradoxes de la comunicació en les relacions familiars:

“Considera la família com un sistema complex diferenciat en subsistemes que presenta un ordre jeràrquic. Una disfunció en un subsistema pot tenir expressió anàloga en uns altres. [...] L'interès gira entorn del canvi en les relacions familiars i en la dinàmica d'aquest canvi”.

**3) Model estructuralista de Salvador Minuchin.** El secunden Braulio Montalvo i H. J. Aponte:

“Per a la posició estructuralista, l'homeòstasi existent en el sistema familiar produeix crisis que l'empenyen al sistema per a organitzar-ne més bé el funcionament. [...] Estratègies de treball: qüestionar el símptoma (va qüestionar la definició que la família dona del problema); qüestionar l'estructura (el professional actua en subsistemes diferents qüestionant la demarcació que els membres de la família fan dels seus papers i funcions); qüestionar la realitat (les persones busquen ajuda professional perquè els resulta inviable la realitat que han construït)”.

**4) Model ecològic.** En el cas de la intervenció en famílies E. H. Anerswald encunya el terme *sistemes ecològics*. Els inicis estan vinculats amb la voluntat de desenvolupar programes comunitaris orientats a grups i famílies marginals:

“L'actuació va adreçada al camp total d'un problema, que inclou, per això, altres professionals, la família extensa, figures de la comunitat, institucions com les de beneficència i tot tipus de forces socials amb les quals s'haurien d'enfrontar els treballadors socials i la família que intentés treballar amb aquestes directrius amb famílies marginades”.

**5) Model topocinètic.** Proposat per Ortega Beviá, que exposa el següent:

“Primer, la naturalesa dels processos de transacció de les famílies més enllà dels elements que la constitueixen. Segon, la definició de límits fonamentals per a determinar la identitat d'un sistema familiar revela l'amplitud d'aquests processos reguladors, és a dir, l'amplitud del sistema operatiu emocional”.

## 2.3. Fitxes de treball d'intervenció en el cas social sanitari, tant individual com familiar

Vegem dos exemples d'intervenció a partir dels diagnòstics clínics. En aquest apartat ens basem en les teories i recerques de treballadors socials sanitaris que han estudiat de manera específica els efectes psicosocials de la malaltia en la persona i en la família, i proposen els aspectes que els treballadors socials sanitaris hem de tractar i presentar a la família com a punts febles que s'han de treballar, ja que, com que ens basem en recerques des del treball social, amb gran probabilitat la seva nova situació els afectarà.

En aquest mòdul estudiarem les teories dels treballadors socials sanitaris que han abordat el diagnòstic mèdic des del treball social sanitari. En els mòduls següents els consultors del postgrau hem reflexionat i ampliat aquestes primeres aportacions en funció de l'experiència, cadascú des del seu àmbit d'intervenció.

### 2.3.1. Treball social sanitari amb persones que han patit grans cremades

G. A. Brodland i N. J. C. Andreasen, en el llibre ja esmentat de Francis Turner, ens introdueixen els aspectes que cal considerar quan atenem una persona que ha patit grans cremades, però sobretot quan atenem la seva família.

Els autors desenvolupen un extraordinari treball. Expliquen com el focus clínic se centra primer en la persona cremada i alerten que se sol deixar de costat la família, que, per la seva banda, viu una situació molt traumàtica i amb grans necessitats de suport emocional. Exposen que mentre la persona cremada es troba en tractament, sobretot de les ferides, la família s'enfronta a un complicat procés d'enteniment del que ha succeït, d'acceptació i correcció de l'angoixa que la malaltia genera en l'ésser estimat. Així sorgeixen sentiments contradictoris sobre la vida i la mort del gran cremat. Què és el millor? Sorgeixen també dubtes sobre si l'equip mèdic fa tot el possible per alleujar el malestar del familiar. A tall d'exemple, vegem el que diuen els autors:

- Quan els familiars arriben a l'hospital, sovint volen creure que la persona no ha mort o que les seves cremades no són gaire greus. Una vegada saben que el pacient no ha mort, la idea que pugui morir persisteix. De vegades aquesta idea s'expressa obertament.
- Enredats en aquests sentiments, és un desig reprimat d'alguns familiars que el seu parent hauria de morir per deixar de patir.
- Els autors han observat que un comentari comú entre els familiars de persones mortes després de no haver pogut superar grans cremades és

#### Referència bibliogràfica

G. A. Brodland; N. J. C. Andreasen (1976). "Adjustment problems of the family of the burn patient". A: Francis J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work* (pàg. 370-379). Nova York: The Free Press.



l'afirmació: “és millor per a ell, estava patint molt, ara ja no patirà més”. Aquests sentiments sovint se suprimeixen perquè generen culpabilitat.

- Un altre aspecte és la confiança o desconfiança que es crea en les famílies respecte de la competència del personal sanitari. Quan la persona pateix dolor i té por, ella i els seus familiars decideixen què s'ha de fer medicament per a assegurar-ne el confort i la recuperació. Sovint les famílies senten que la persona cremada és objecte d'experimentació.
- La llarga espera, per exemple, que suposa veure l'evolució dels empelts de pell es viu com un abandó i pot causar sentiments de desconfiança que s'expressen més sovint al treballador social sanitari que a l'equip mèdic.
- Les famílies creuen que expressant sentiments d'empipament envers l'equip posen en perill la relació entre aquest i el seu familiar cremat.
- Sovint, després de l'admissió, la persona amb grans cremades experimenta confusió i desorientació com a resultat d'una síndrome cerebral aguda que amb freqüència acompanya el trauma de la cremada. Per a molts familiars aquesta reacció és estressant.
- En aquesta fase, la persona malalta pot resultar verbalment abusiva i la família té dificultats per a destriar si aquesta conducta representa un sentiment veritable o és fruit del deliri de la persona afectada.
- Els equips de treball social sanitari expliquen a les famílies que el deliri és comú en les persones cremades i cedeix quan la cremada comença a sanar.
- Un altre aspecte que han de conèixer les famílies és que la persona cremada pot patir una regressió. Així, tot i ser autònoma, la persona comença a demanar coses i es converteix en dependent durant l'hospitalització. La família no acostumada a això se sent confusa i enfadada. Vol satisfer les demandes.
- Les famílies s'enfaden quan veuen que la persona malalta, amb una actitud infantil, no dóna crèdit a l'esforç que elles fan.

Després de la crisi inicial arriba el moment de la fase d'ajust. Les famílies veuen que la persona sobreviu i comencen a considerar el procés de recuperació:

- Les famílies i la persona malalta sovint desconeixen els procediments de tractament mèdic i cures d'infermeria requerits. Llavors comencen a preguntar al personal mèdic i infermer sobre el procés de curació, els canvis en el vestit, els procediments dels empelts, etc. S'han de preparar psicològicament per a una llarga estada a l'hospital i s'han de cuidar perquè ells mateixos no perdin la salut.

- El dolor que pateix la persona malalta és el primer problema en aquest període.
- La persona malalta comença a verbalitzar aquest dolor, de vegades fregant la desesperació.
- Les famílies se senten deseparades i això els causa conflictes. Tracten de fer-ho tot per la persona cremada, perquè se senti físicament a gust. Li proveeixen de suport emocional. Però, d'altra banda, les famílies senten que l'equip pot fer més per al seu familiar cremat, subministrar-li algun analgèsic.
- La família sovint està en una situació precària entre la persona cremada i l'equip mèdic.
- Una altra font de dolor és el procés d'autoempelt. La part de la pell que dóna també es converteix en una altra font de dolor.

Les reaccions durant la recuperació, segons els autors, es caracteritzen perquè una vegada superada la fase del dolor físic i emocional s'entra en una fase en la qual la persona pateix molta picor. Llavors la família tracta per tots els mitjans d'ajudar la persona en aquest nou estrès. Moltes vegades sembla que la recuperació mai no hagi d'arribar:

- Una por habitual en la fase de la recuperació és la por a la deformitat. Les famílies pensen que els empelts retornaran la persona a la seva imatge de sempre. Assenyalen els autors que el que per als metges és un resultat excel·lent de reconstrucció de la pell sovint es veu com haver deixat la persona amb un aspecte físic grotesc.
- A això segueix una fase en què la persona sent que ha perdut atractiu i que no serà acceptada per les persones amb qui s'havia relacionat fins abans de l'accident.
- Les reaccions dels familiars són el primer que veuen les persones afectades i això els fa sentir que creen repulsió en els altres. Un dels enfocaments de la unitat de treball social sanitari consisteix a ajudar a comprendre aquests sentiments pel que fa al nou aspecte i a la desfiguració de la persona cremada que ha superat la crisi.
- De vegades, les famílies senten que és culpa seva, sobretot si han estat involucrades en la causa de l'accident. Però fins i tot sense tenir-hi res a veure, algunes se senten igualment culpables. Es lamenten de no haver pogut prevenir l'accident. Llavors resolen la seva culpabilitat racionalitzant. Diuen que ha estat perquè Déu ho ha volgut així. El període de recuperació necessita que s'expressin molts sentiments i els serveis de treball social sa-

nitari determinats en el diagnòstic social sanitari són una via de canalitzar-los.

Els autors assenyalen que les famílies segueixen, en essència, les mateixes fases d'adaptació que els pacients. Els treballadors socials sanitaris, diuen, hem de tractar els aspectes següents:

“L'ansietat sobre la mort. [...] Les dificultats de comunicació amb l'equip mèdic. [...] La por a les deformacions. [...] L'avorriment provocat pel llarg temps d'hospitalització. [...] El trauma que representa veure patir un ésser estimat. En alguns casos el patiment de la família és més gran que el de la persona cremada. No és un patiment físic, és un patiment originat per la culpa, per la impotència. Busquem ajuda al barri, persones que acompanyin el malalt, que li donin ànims per continuar la teràpia física. [...] A la unitat de cremats aquest suport pot venir dels familiars d'altres pacients. [...] Suggerixen l'elaboració d'un fullet que informi els familiars, en arribar, del que pot ocórrer des del punt de vista mèdic. [...] També es recomana deixar llibertat d'horaris als familiars perquè es puguin quedar amb la persona malalta el temps que vulguin. [...] Es recomana crear un grup de familiars de malalts cremats. Un grup format per familiars i pacients que estan en la unitat i que ja han estat donats d'alta. Una o dues sessions setmanals. [...] Aquests malalts comporten grans despeses que afecten l'economia de la família. Es recomana informar-los sobre ajudes i fons que els puguin ajudar”.

G. A. Brodland; N. J. C. Andreasen (1976). *Op. cit.* (pàg. 370-379).

### 2.3.2. Treball social sanitari amb persones que pateixen diabetis

La *diabetis mellitus* és una malaltia per a la qual, a Espanya, els grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) diferencien entre persones d'edat igual o inferior a trenta-cinc anys ingressades per aquesta causa, amb un índex d'altres que el 2007 es va situar en les 12.732, i persones més grans de trenta-sis anys, amb un índex d'altres de 5.888 persones. En aquest cas faltaria afegir el valor referit a les persones tractades en el Sistema Nacional de Salut amb diabetis i que no han estat ingressades.

Segons el *Diabetes Atlas*, publicat el 2003, la malaltia tenia a Espanya una prevalença d'entre un 8% i un 11%. Projectat al 2025, aquesta prevalença es mantenia.

Mary W. Engelmann ens presenta l'acció del treball social sanitari sobre les persones amb diabetis i indica, si bé se situa en la demografia nord-americana i canadenca, que els treballadors socials sanitaris s'han de fer a la idea d'haver d'atendre cada vegada més persones amb diabetis. Escriu Engelmann:

“A primera vista no sembla que aquest desavantatge sigui particularment seriós. La diabetis no té un marcat efecte en l'aparença de la víctima i no s'hi associa cap estigma. El diabètic ben tractat pot, amb petites excepcions, participar en nombroses activitats i trobades, amb relativa poca discriminació quan busquen feina”.

M. W. Engelmann (1976). “The diabetic client”. A: Francis J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work* (pàg. 413-419). Nova York: The Free Press.

Es pregunta l'autora si donades aquestes característiques de desavantatge és necessari implicar-s'hi des del treball social sanitari. Assenyalava, al mateix temps, que un coneixement més a fons de la malaltia oferirà la resposta. Indica que en la diabetis, més que en altres malalties cròniques, es dóna una delicada in-

#### Nota

*Diabetes Atlas* el trobareu entre el material de suport en els recursos de l'aula.

teracció entre les satisfaccions i la vida emocional de la persona diabètica i la seva habilitat per a viure amb el control de la seva condició. Els requisits per al control de la diabetis poden afectar l'actitud de la persona cap a ella mateixa i en les seves relacions personals. Gran part d'això depèn de l'existència de patrons de personalitat previs, individuals i d'interacció amb la seva vida familiar.

Les persones que han fet ajustos raonables satisfactoris troben que és fàcil fer front a la diabetis, però fins i tot en les millors circumstàncies hi ha períodes d'estrès, ansietat i ira. Per a la persona amb problemes, tant emocionals com ambientals, la diabetis pot ser un trastorn difícil.

A continuació veurem alguns aspectes importants quant a la salut i l'estrès emocional de la diabetis, patrons de personalitat i d'altres:

**1) Salut emocional i control.** Engelmann diferencia entre les persones amb diabetis més grans de quaranta anys –en les quals la malaltia es pot controlar només a partir de la dieta, o com a molt amb dieta i medicació oral– i les persones de menys de quaranta anys, per a les quals la diabetis sol ser molt severa, requereix teràpia amb insulina i el control, sovint, és més difícil.

**2) La diabetis i l'estrès emocional.** L'autora sosté que, si bé la diabetis sembla una condició heretada, hi ha estudis que suggereixen –se subratlla la paraula *suggerir*– que una situació d'estrès emocional pot desencadenar una diabetis.

L'aparició de la diabetis pot venir precedida d'un període de privació, en particular la pèrdua de suport emocional, d'un conflicte inconscient o depressió. En aquestes situacions, l'individu és feble en seva habilitat per a fer front al significat del diagnòstic. El nou diabètic pot estar en xoc, tenir por i fins i tot trobar-se en situacions de pànic. L'excés d'informació tècnica li pot generar inseguretats sobre la seva capacitat per a seguir el tractament i totes les indicacions, a més de la dieta.

**3) Els pares de nens diabètics.** Els pares d'un nen diabètic poden generar les mateixes reaccions que l'adult diabètic i sovint desenvolupen un gran sentiment de culpa, sentiments irracionals d'haver comès alguna negligència amb el nen o d'haver-li transmès el defecte per l'herència. Els pares de nens diabètics sovint estan desconcertats amb tota la informació tècnica. Necessiten, per això, poder parlar de la seva ansietat i rebre suports que els ajudin a desenvolupar les seves fortaleces i capacitats.

Tot això es dona en el dia a dia. La diabetis l'ha de controlar la persona mateixa o en el cas de menors, els pares. El metge pot determinar-ne les pautes inicials, però és la persona qui té la responsabilitat de seguir-les. L'autora emfatitza que el control de la diabetis per mitjà d'un règim terapèutic específic consisteix en

**Nota**

Hem de considerar els avenços que al llarg d'aquests anys, des que es va escriure el llibre, ha tingut el tractament de la diabetis.

una dieta estricta, injeccions d'insulina i exercici regular. El descans adequat i la regularitat en els àpats són importants. La mateixa persona controlarà la diabetis.

Les alteracions emocionals agregades a la malaltia tenen un efecte fisiològic en forma d'augment del sucre en sang, la qual cosa se suma a un treball ja complicat per si mateix. El coma diabètic i les reaccions a la insulina són molt seriosos i poden comportar noves complicacions, fins i tot la mort.

**4) El control pot crear ressentiment.** Engelmann es pregunta sobre el significat que tot això té per a la persona diabètica i per a la seva família, i assenyala que de vegades obliden la importància del seguiment de les pautes. La família veu limitades les seves activitats socials i costums per acompanyar la persona diabètica en el règim que segueix.

Per als adolescents i nens la diabetis alimenta el sentiment de ser diferent.

Per a una dona embarassada pot comportar incrementar el risc que representa qualsevol embaràs.

Aquestes situacions poden carregar tant l'atmosfera familiar que poden portar a haver de resoldre conflictes neuròtics.

El sentiment d'empipament i frustració de les persones diabètiques i les seves famílies pot exacerbar-les i afegir més hostilitat, fins a reflectir camins destructius.

L'autora assenyala que la persona diabètica pot fins i tot deixar el règim de tractament perquè sap que així la família li farà més cas. Amb la descompensació de la malaltia, la persona diabètica fereix la seva família. Indica també el cercle viciós que es pot crear entre empipament, malaltia, culpabilitat i depressió.

**5) Patrons de personalitat en diabètics.** Alguns observadors diuen que un patró és la conducta dependent i passiva. Uns altres indiquen que això és el resultat de la diabetis i no és en la causa de la malaltia. Engelmann acudeix a la investigació dels doctors Isenberg i Barnet, que van concloure que, si bé hi havia unes característiques que podien afavorir la diabetis, com ara la supressió de les emocions, el sentiment d'opressió i la frustració, cap es pot designar com a causa. L'autora continua apuntant que la persona malalta pot associar les restriccions en la dieta amb una restricció d'amor i d'afecte. Es donen períodes de menjar molt i uns altres de menjar poc.

**6) La reacció i la manipulació.** Engelmann indica que poden usar les reaccions per a manipular persones tant amb diabetis com sense. La reacció a la insulina es pot assemblar a un atac d'ansietat. La persona pensa que pateix reaccions freqüents, però està patint un atac d'ansietat, ja que quan es com-

proven els nivells de sucre en sang, es veu que són normals. Subratlla, així mateix, la importància de les associacions de malalts i destaca que, si bé la majoria de persones resolen els seus contratemps satisfactòriament, algunes necessiten ajuda professional des del treball social sanitari.

## Bibliografia

### Referències bibliogràfiques

- Hamilton, G.** (1951). *Theory and practice of social case work* (pàg. 58). Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.
- Jackson, D.** (*apud* F. Ortega Bevia, *Teoría familiar sistémica*). A: E. Pérez de Ayala (2000). *Trabajando con familias* (pàg. 55-78). Saragossa: Editorial Certeza.
- McIvor, G.** (2009). "The evaluation of Effectiveness". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 121-123). Oxford, RU: Blackwell Publishing.
- Perlman, H. H.** (ed.) (1969). *Helping. Charlotte Towle on social work and social casework* (pàg. 122). Chicago: University of Chicago Press.
- Rapaport, L.** (1973). "Crisis-oriented short- term casework". *Readings for social work practice* (pàg. 113-126). Nova York: MSS Information Corporation.
- Reid, J. W.; Shyne, A. W.** (1969). *Brief and extended casework*. Nova York: Columbia University Press.
- Richmond, M. E.** (1917). *Social diagnosis* (pàg. 104). Nova York: Russell Sage Foundation.
- Smith, S. G.** (1905). "Social Standards". *National Conference on Social Welfare* (pàg. 1-12).
- Weller, Ch. F.** (1902). "Relief and Prevention". *National Conference on Social Welfare* (pàg. 265-277).

### Bibliografia bàsica

- Brodland, G. A.; Andreasen, N. J. C.** (1976). "Adjustment problems of the family of the burn patient". A: F. J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nova York: The Free Press.
- Cannon, I. M.** (1917). *Social work in hospitals: A contribution to progressive medicine*. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Trobareu les reflexions que sobre aquest tema l'equip de consultors de l'assignatura aporta basant-se en la seva experiència en els recursos de l'aula (a tall d'annex).
- Dana, B.** (1983). "The social work - Community medicine connection". A: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field*. Nova York: The Haworth Press.
- Hamilton, G.** (1923). "Progress in Social Case Work. Some Changes in Social Case Work". *National Conference on Social Welfare*.
- Hamilton, G.** (1931). "Refocusing family case work". *National Conference on Social Welfare*.

Podeu trobar l'entrevista completa en l'apartat de recursos de l'aula.

- Little, M.** (2009). "Family support". A: Davies, M. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg.133-134). Oxford, RU: Blackwell Publishing.
- Loch, C. S.** (1896). "Charity organization". *Twenty-third National Conference of Charities*.
- Lurie, A.; Rosenberg, G.; Pinsky, S.** (1982). *Social work with groups in health settings*. Nova York: Prodist.
- Northern, H.** (1983). "Social work groups in health settings: promises and problems". A: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field*. Nova York: The Haworth Press.
- Pérez de Ayala, E.** (2000). *Trabajando con familias*. Saragossa: Ed. Certeza.
- Perlman, H. H.** (1971). *Perspectives on social casework*. Filadèlfia: Temple University Press.
- Preston-Shoot, M.** (2009). "Social work and family therapy". A: Davies, M. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 134-136). Oxford, RU: Blackwell Publishing.

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

**Rosenberg, G.; Neill, G.** (1982). "Group Services and Medical Illness. A review of the literature 1964-1978". A: A. Lurie i altres. *Social Work with groups in health settings*. Nova York: Prodist.

**Saleebey, D.** (2006). *Strengths Perspective in Social Work Practice* [document en línia]. <[https://calschls.org/pdf/strengths\\_perspective.pdf](https://calschls.org/pdf/strengths_perspective.pdf)>

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

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

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

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

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

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