
Diagnòstic social sanitari

PID_00272726

Dolors Colom Masfret

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Professora associada i directora científica del màster universitari de Treball social sanitari dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Professora associada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formació en l'àmbit del treball social sanitari i en les unitats d'atenció al client amb estades, primer al Bellevue Hospital Center de la Universitat de Nova York, i després al Departament de Serveis Socials i el Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. És investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també d'establiments residencials i programes d'atenció a domicili. Escriptora. Sòcia fundadora el 1994 de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials, des del qual dirigeix i edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, i l'editorial Agathos Ediciones. Ha exercit la direcció acadèmica i com a professora col·laboradora del postgrau de Treball social sanitari de la UOC. Consultora del màster de Direcció executiva d'hospitals de la UOC (2009-2019).

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

Introducció	5
1. El diagnòstic social sanitari: l'àmbit general	7
1.1. Sobre què s'ha de fer, com s'ha de fer i la incertesa de què passarà	13
1.1.1. Atenció professional individualitzada enfront de treball social de casos	16
1.2. Tres punts crítics que desvirtuen el diagnòstic social sanitari	19
1.2.1. La generalització de les descripcions	19
1.2.2. La confusió entre el diagnòstic social sanitari i eines diagnòstiques que puguem aplicar	21
1.2.3. La presa d'un problema, d'un atribut, d'una característica, pel diagnòstic social sanitari	21
1.3. En el context del cas social sanitari: el diagnòstic social sanitari	21
1.4. Teoria del diagnòstic social i aplicació al camp sanitari	24
1.4.1. 1917, l'any que va marcar el canvi: publicació de <i>Social Diagnosis</i>	26
1.4.2. Diagnòstic social sanitari enfront de valoració tècnica	34
1.5. Diferències principals que imprimeix la presència d'unes patologies enfront d'unes altres	34
2. Aplicació de la definició de diagnòstic social sanitari a un cas real	37
2.1. El reconeixement sistemàtic del diagnòstic social sanitari del cas i definició i creació del mapa de la gestió del cas	39
3. L'estructura matricial del diagnòstic social sanitari	43
4. Sistema d'informació per a construir el diagnòstic social sanitari	45
4.1. El sistema d'informació en el marc legal estatal	45
4.2. Sistema d'informació: instrument de suport per a l'estudi i elaboració del diagnòstic social sanitari	46
4.3. Les paraules clau del diagnòstic	57
Resum	58
Bibliografia	59

Introducció

El diagnòstic social sanitari és el factor diferencial del treball social sanitari. És la seva senya en contraposició a altres intervencions d'ajuda i a altres àrees del treball social en general. La seva denominació, diagnòstic social sanitari, pertany en exclusiva al camp professional del treball social sanitari. El qualificatiu *sanitari* és la clau que condiona ineludiblement la construcció del diagnòstic social en aquest àmbit i l'eix al voltant del qual gira la nostra intervenció. Hem vist que el treball social sanitari penetra en l'existència de cada malalt, de la seva família o xarxa social, deixant i afavorint que aquesta existència es vagi donant i es vegi el mínim interrompuda per la malaltia. Una malaltia que ha de ser tractada en algun establiment sanitari. Els factors psicosocials, laborals, familiars, econòmics, etc., habituals de la persona, queden alterats per aquest nou visitant, la malaltia, que deforma el costum, el que està preestablert, l'hàbit. El terme *sanitari* delimita i posa en relleu els pilars de la intervenció, el centre de gravetat de la qual és la persona malalta. La malaltia i el diagnòstic mèdic influeixen força en gran part de les intervencions professionals des del treball social sanitari, que sempre contextualitza aquest diagnòstic mèdic en les circumstàncies personals, familiars i mediambientals de la persona. Per tant, el nostre centre d'estudi són els fets contextualitzats i vivenciats.

El terme tècnic *diagnòstic* significa discernir a través del coneixement. Molt sintèticament, tot el que s'observa en el cas social s'ha d'analitzar i interpretar en funció de coneixements previs i, a partir de l'aplicació d'aquests coneixements sobre els fets i factors, proposar el millor pla d'intervenció.

Per exemple, imagineu un home de 70 anys, en Josep, que ha ingressat a l'hospital per una fractura de fèmur. Va caure a casa i com que viu sol van tardar en trobar-lo. Sempre el primer és diferenciar els fets dels factors. Molt breument, els fets són aquests: en Josep va caure. Estava sol. S'ha trencat el fèmur. Necessita convalescència i ha de deixar l'hospital. Imagineu una bateria de factors enfront d'una altra:

- 1) En Josep té un fill que viu a Itàlia, però pot venir un parell de mesos a viure amb el seu pare mentre aquest realitza la seva convalescència.
- 2) En Josep té un fill que viu al mateix edifici, però és fora per feina tota la setmana.
- 3) Altres possibilitats.

Sigui una o altra bateria de factors, l'enfocament ha de ser diferent, els serveis, inclosos en el diagnòstic social sanitari, que es prestaran seran diferents. La causa que ha portat en Josep a ingressar és la mateixa, però en ser diferents

els factors que envolten la causa, la gestió del cas social es nodrirà d'agents diferents. *A priori* hom podria caure en el prejudici que com que té un fill al mateix edifici es dissipen les dificultats de viure sol. Però com mostren les realitats a diari això s'ha d'investigar i diagnosticar.

El diagnòstic social sanitari és el centre de gravetat de qualsevol dels procediments i dels protocols de treball social sanitari que apliquem. Recordem que en tots aquestes procediments i protocols hem definit una fase d'estudi, una fase diagnòstica i una fase de tractament i rehabilitació. Tinguem present un principi bàsic: la fase diagnòstica segueix la fase d'estudi i de recerca i precedeix sempre el pla de treball, és la plataforma que sosté la intervenció professional basada en serveis de treball social sanitari indicats en el diagnòstic social sanitari. Podem dir que el diagnòstic social sanitari recolza en una estructura matricial que és deguda a la doble entrada d'informació: d'una banda, els aspectes psicosocials de la persona i de la seva família, el seu entorn existencial amb el seu propi teixit quotidià i les seves textures vitals; de l'altra, l'atenció a un procés de malaltia, crònica o aguda, que, a més, es tracta dins una especialitat mèdica concreta i requerirà unes atencions i cures singulars. Els tractaments mèdics també se singularitzen en la persona i els seus factors. Cada cos reacciona diferent a la medicació, per exemple. Aquí és on convergeixen naturalment l'àmbit social i l'àmbit sanitari. Aquí és on s'influencien. És sobre aquesta combinació de factors socials i sanitaris on proposarem els serveis de treball social sanitari que prestarem.

A més, tot això cada vegada està més subjecte a uns criteris de gestió de l'establiment que inclouen, sense distinció, tots els equips professionals. Com que som dins un model biopsicosocial, d'entrada considerarem la informació necessària per a elaborar el diagnòstic social sanitari, informació que pren aspectes físics, psíquics i socials. Ens centrarem en el marc teòric del diagnòstic social sanitari com a part de qualsevol procediment d'intervenció, en les definicions, en les aportacions dels autors que han treballat més el concepte des del punt de vista d'aplicar-lo. Si comprenem les diferents definicions, serem capaços d'elaborar el diagnòstic social sanitari correctament.

1. El diagnòstic social sanitari: l'àmbit general

Si bé des de fa gairebé un segle el diagnòstic social s'ha anat definint en diferents matisos, fet que ha suposat matisos en la comprensió i aplicació, tots els autors, ells i elles, parteixen necessàriament de la definició reflexionada per Mary E. Richmond al llarg de quinze anys, com ella mateixa assegura en la introducció del llibre *Social Diagnosis*, publicat per primera vegada el 1917. Richmond va ser la primera que va donar un contingut teòric al diagnòstic social. El va definir així:

«El diagnòstic social és l'intent de fer una definició, tan exacta com sigui possible, de la situació i personalitat d'un ésser humà amb alguna necessitat social, de la seva situació i personalitat. Això és, en relació amb altres éssers humans dels quals d'alguna manera depèn, o els que, d'alguna manera, depenen d'ell, i en relació també amb les institucions socials de la seva comunitat. [...] El bon diagnòstic social inclou tots els factors principals que suporten el camí de reconstrucció social, i emfatitza els trets que indiquen el tractament que s'ha de seguir. Aquest èmfasi del treballador ha d'evitar de predisposar-lo a algun factor causal del disturbi».

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

Reflexionem sobre això.

Richmond ens diu: «una definició, tan exacta com sigui possible». Què en deduïm? Que el diagnòstic social sanitari en cap cas no és una categoria, o atribut, classificació, i tampoc no és una descripció d'una cosa que és palesa per a tots els col·lectius professionals, ni és una escala que la majoria de vegades, si no es manifesta l'art de l'entrevista, acaba cosificant la persona. Qualsevol descripció generalista i imprecisa, que defineix problemes però no els contextualitza en la persona ni en la seva vivència, no es pot prendre com el diagnòstic social sanitari. Un diagnòstic social sanitari equivocat comporta un tractament social sanitari equivocat i, per tant, no produeix bé. Richmond continua dient que «el bon diagnòstic social [sanitari] inclou tots els factors principals que suporten el camí de reconstrucció social, i emfatitza els trets que indiquen el tractament que cal seguir». Recordem que els factors, va dir Gordon Hamilton, són faedors. Els fets són donats. Hamilton diu el següent:

«Nosaltres ens inclinem a pensar en termes de factors. Un factor és un “faedor”, un fet és una cosa “donada”».

G. Hamilton

Per tant, qualsevol circumstància que aclapara la persona l'hem d'analitzar d'acord amb les potencialitats d'aquesta persona.

Per exemple:

Una dona que viu sola ha caigut i l'ha trobat la seva veïna i amiga. S'ha fracturat el fèmur. Situem-nos en el més optimista dels escenaris: la dona no veu cap dificultat en tornar a casa seva sola i pensa que no necessita ajuda. Però per la informació que tenim, sabem, perquè ens ho ha dit el personal mèdic i ho ha verificat el d'infermeria, que necessitarà

Referència bibliogràfica

G. Hamilton (1923). «Progress in Social Case Work. Some Changes in Social Case Work». A: *National Conference on Social Welfare*.

unes atencions específiques perquè la seva convalescència resulti òptima. Tenim dues circumstàncies, per una part, la persona viu sola, en el seu cas, és un fet que incrementa el risc que si li passa alguna cosa quedi al atzar fins que novament la veïna la trobi. Per l'altra tenim la seva visió optimista, no tem que li hagi de passar res, pensa que pot tornar sola.

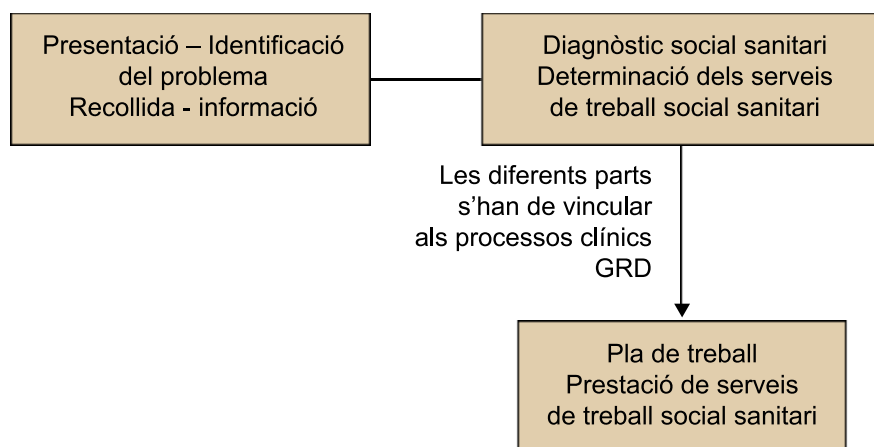
Què és el primer que haurem de treballar? La seva idea de seguir sola mentre estigui convalescent, però a més, haurem d'assegurar uns serveis de suport psicosocial i de seguiment que no invaeixin la seva solitud, i igual d'important, que sigui conscient del risc al qual s'enfronta, i que no podem córrer, si no rep algun tipus de suport continuat. No estem elaborant un pla per a la resta de la seva vida, però sí que hem de garantir, des del mateix parer de la senyora, que aquesta convalescència s'ha de poder realitzar en les condicions que l'equip mèdic hagi assenyalat.

Taula 1. Fets i factors aplicats a l'exemple

Fet	Factor
Viu sola	Negatiu: increment del risc Positiu: té una veïna amiga
Necessita seguiment	Negatiu: pensa que no ha de necessitar ajuda Positiu: el seu caràcter optimista i la seva visió positiva
Etc.	Etc.

Tot això ho apliquem a la realitat en què està enclavada aquesta persona. Aquesta realitat ens indica si cal, o no, intervenir, ja que és en aquesta realitat en la qual la persona continuarà vivint.

Figura 1. El diagnòstic social sanitari com a part del procediment d'intervenció



Com a exemple de **fets** i **factors** del cas social sanitari, fixem-nos en la proposta següent:

Taula 2. El cas social sanitari. Exemples de fets i factors amb els atributs

Fets	Factors	Atributs
Convivència	Familiars	Qualitat de la relació
Agressivitat en el tracte	Conductuals	Conflictes amb què conviu, malalties
Desocupació	Laborals	Tipus de contracte
Diagnòstic mèdic	Sanitaris	Pronòstic i necessitats de tractament
Tipus d'habitatge	Residencials	Característiques, habitabilitat, barreres, higiene

Fets	Factors	Atributs
Obesitat	Culturals	Dietes i hàbits alimentaris, exercici físic
Mala administració del salari	Socials	Repartiment setmanal del salari, en comptes d'un repartiment mensual
Addiccions	Ambientals	Actitud de la família
Pobresa	Econòmics	Falta de feina, falta de formació, irresponsabilitat amb els diners
Dependència	Polítics	Necessitats de suport extern
Negació de la malaltia	Psicològics	Necessitat de suport psicosocial
Etc.	Etc.	Etc.

Els **factores** del cas social sanitari intervenen, a favor o en contra, en la cerca dels equilibris perduts amb la presència de la malaltia i les necessitats d'atenció i espai salubre. Per tant, el treballador social sanitari els ha de valorar i hi ha d'assignar el pes just dins el pla de treball. Hamilton va explicar que en analitzar els registres de casos es va observar la variació dels **fets** entre períodes, entre establiments diferents, entre ciutats, etc., i ens va advertir de la temporalitat d'aquests fets i de fins a quin punt són arriscades les generalitzacions pel que fa al diagnòstic social, i hi afegim també sanitari. Segons aquesta autora, hi ha certes agrupacions (classificacions) de **fets** que són generals i, per això, no serveixen. També assenyala, però, la importància de tenir classificacions. En la seva *Theory and Practice of Social Case Work*, publicada el 1940 i reeditada el 1951, va fer tres grans contribucions al concepte teòric, i va aportar, respecte a les classificacions en treball social, tres grans línies de reflexió i pràctica. En l'apartat «Objectius com una prova de la funció» escriu el següent:

«La classificació fa servei quan es porten a la superfície les condicions que, si s'hi posa una atenció especial, condueixen a un nou coneixement i a uns nous mètodes de tractament. La classificació pot dissuadir el progrés si els valors que té són rígids i es converteixen en categories permanents de procediments aïllats. [...] Com que els problemes de què s'ocupa el treball social de casos, el *case work*, es modifiquen pels factors culturals, aquest, al seu torn, modifica el seu propi acostament en termes de les condicions culturals. El reconeixement de certes característiques de cada rang d'edat, com ara infància, adolescència o vellesa, o de diversos problemes socials, com ara pares de parella de fet, no implica que s'hagi de crear un «camp especial», però es requereixen aptituds i coneixements especials».

G. Hamilton (pàg. 120-123)

Referència bibliogràfica

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

En l'apartat «Classificació i declaració diagnòstica», Hamilton afegeix que important que és la classificació, i per a això fa servir els arguments següents:

«Tal com es percep la realitat social, es tracta d'una agrupació, un disseny per a la vida, amb qualitats pròpies, i cada cas és únic i, no obstant això, està relacionat amb casos semblants mitjançant atributs comuns. Un no pot descriure i definir sense una classificació més del que un pot avaluar sense normes i objectius. Cadascun que pensa en el tot ha de classificar en un sentit o altre. Un no pot acceptar una invitació a sopar sense pensar si es tracta d'un sopar formal o informal; des de la classificació, juntament amb altres conceptes i valors socials, sabrà com s'ha de vestir. De la mateixa manera, les classificacions («desocupat», «rivalitat entre germans», «solteres sense casa», «fricció matrimonial») ajuden els treballadors socials a reunir coneixements substantius de la patologia, a fi de completar el seu coneixement dels casos concrets».

G. Hamilton (pàg. 223 i 224)

A més, però, en aquest punt assenyala la importància de la «classificació» en la investigació diagnòstica. Sobre aquest tema escriu el següent:

«La classificació és indispensable per a reflexionar i una part essencial del procés diagnòstic; la validesa de la classificació depèn d'annotar el que és real, no per atzar, sinó per semblances. La classificació és la clau del significat, no el significat total. Completar el diagnòstic requereix la definició dins la classe, mostrant els factors diferenciadors. Els estudiants que han après que cada cas és diferent sovint no tenen en compte que saben aquesta diferència perquè conscientment o inconscientment classifiquen».

G. Hamilton (pàg. 223 i 224)

En una tercera part, en l'apartat «Mètodes específics de tractament», elabora la idea que en cada àrea de tractament s'assumeixen unes agrupacions de tècniques bàsiques d'acord amb els problemes que cal tractar.

«Se suposa que en qualsevol àrea de tractament hi ha grups de tècniques bàsiques adequades en funció del problema, l'objectiu, el tracte, la funció de l'agència i altres factors com l'establiment de la confiança, la reducció de l'ansietat per l'acceptació, el suport i les mesures adoptades per a assegurar una comprensió del problema i per a ajudar el client a trobar-se amb ell mateix, a mantenir el focus específic de les metes que vol el client compartint passos en l'exploració de recursos interns i externs [...]».

G. Hamilton (pàg. 241-243)

En el mateix apartat, en el punt «Classificació de mètodes de tractament» escriu el següent:

«Per a classificar els principals mètodes de tractament s'han fet una sèrie d'intents. Per exemple, executiu, cosa que permet [lideratge]; directes i indirectes; directe i ambiental. Totes les capes socials i personals es combinen i se superposen. Cadascun d'aquests mètodes s'ha de fer servir en cada cas particular, però ponderant la diferència dels altres. En aquesta connexió la terminologia no és precisa. "Tractament" és la terminologia emprada més comunament, però també hi ha "serveis socials", "procés d'ajuda" i "teràpia", aquesta darrera massa sovint oferta incorrectament com un equivalent al "tractament"».

G. Hamilton (pàg. 241-243)

La reflexió següent sobre la paraula *tractament* i els estereotips que hi estan associats és molt brillant:

«El terme *tractament* es fa servir en medicina, però també es fa servir per a acabar una peça de moble; no és necessàriament o exclusivament un terme “clínic” [...]. Per a simplificar-ho, hem de discutir les aproximacions principals amb tres classificacions, anomenades (a) administració del servei pràctic (b) maneig ambiental, (c) tractament directe».

G. Hamilton (pàg. 241-243)

La classificació de diagnòstic social sanitari, per a aplicar-la correctament, comporta uns límits. El primer és que ha de ser una eina d'ús exclusiu per als equips de treball social sanitari, però la seva elaboració ha de partir de les històries de treball social sanitari; per tant, és un projecte ambiciós que requereix una gran estructura de suport a la recollida de la informació i el seu posterior tractament. Des del MUTSS-UOC l'hem començat a planificar. Sota cap pretext la classificació de diagnòstic social sanitari no pot ser una drecera perquè els altres col·lectius professionals, especialment de la medicina i de la infermeria, penetrin en aquesta esfera tan delicada i sensible de tota persona, que és la social. La classificació de diagnòstic social sanitari en mans diferents de les dels equips de treball social sanitari pot acabar essent una manera de reïficar les persones. Això, però, té a veure amb el mal ús que faci cadascú de l'eina, i no pas amb l'instrument pròpiament de què es tracti. Aquest mal ús també es pot donar sota el guiatge dels mateixos equips de treball social sanitari, per exemple convertint l'eina en un fi. Les raons primeres que van portar a pensar en la «classificació» van ser la necessitat de començar procediments científics i generar coneixement propi de treball social. Al llarg d'aquest segle, les raons gairebé no han canviat, ja que al darrere, com s'ha assenyalat, hi ha la necessitat d'ordenar una informació, unes dades, per a estudiar-les i analitzar-les després, combinar-les, interpretar-les. Parafraçant Richard C. Cabot, en la classificació o l'agrupació hi ha el «començament de la ciència». Al cap de cent anys, els equips de treball social sanitari, val a dir que la majoria, senten la necessitat d'endinsar-se en la disciplina a partir de les possibilitats que atorga la ciència aplicada. Avui aquesta necessitat és alimentada, a més, pels models actuals de gestió del Sistema Nacional de Salut, recolzats, per a fer-ne l'anàlisi, en agrupacions diagnòstiques, variables i paràmetres diversos, i també en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació.

La inclusió de determinats paràmetres socials, com, per exemple, índexs de complexitat i índexs de cobertura, en les eines de gestió i avaluació dels casos socials sanitaris és un dels reptes de futur. La «classificació de diagnòstic social sanitari» és bàsica per a això, i com a tal resulta un instrument facilitador d'una de les competències directes dels equips de treball social sanitari, «la recerca aplicada vinculada a la transformació de realitats individuals i, per tant, col·lectives». Així, tota «classificació de diagnòstic social sanitari» que posi en relleu característiques de les realitats, de les quals s'obté la informació per a elaborar el diagnòstic i alhora les realitats sobre les quals s'intervé, de quina manera, tant en l'àmbit psicosocial com dels suports externs, és, a més, una potent eina de «planificació i seguiment de tendències». És d'esperar que això retornarà als equips de treball social sanitari al seu paper real, el que la naturalesa de la professió imprimeix, la possibilitat de recuperar un rol protagonista i actiu en el desenvolupament i la planificació de serveis i programes de suport

Contingut complementari

En realitat Hamilton fa servir textualment el terme *manipulació*. Per a la traducció s'ha optat per *maneig*, ja que, encara que l'autora, com es veu en el text mateix, aclareix això de la «manipulació», en català aquesta paraula té una connotació molt negativa.

per a completar l'acció social. Aquest rol és un rol propi, la qual cosa no vol dir que sigui exclusiu, ja que la informació que vincula les variables sanitàries a les socials és en el servei de treball social sanitari prestat.

El diagnòstic social sanitari s'inscriu dins un cas social sanitari. Vegem una altra vegada com va definir Hamilton el cas social el 1940:

«Un cas social no està determinat pel tipus de client (família, infància, persona gran, adolescent), no està determinat pel tipus de problema (problemes econòmics, problemes de conducta). El cas social és un esdeveniment vital en el qual sempre hi ha proporcions, variables econòmiques, físiques, mentals, emocionals i dels factors socials. El cas social està compost de factors interns, externs o mediambientals. Un no tracta les persones en un sentit físic o en un sentit mediambiental; les tracta en relació amb les seves experiències socials i en relació amb els seus sentiments pel que fa a aquestes experiències».

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work* (pàg. 3 i 4). Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

Tornem, però, a la construcció del diagnòstic social sanitari. En cada cas, el diagnòstic indica com els elements que l'integren, els materials i els humans, tant els estructurals com els conjunturals, es relacionen i s'influencien en aquest moment particular de la vida de la persona, considerant de la mateixa manera el passat i el futur mitjançant el pronòstic social sanitari. Amb l'emissió diagnòstica planifiquem la nostra intervenció, els serveis de treball social sanitari que prestarem i prioritzem les nostres accions, no genèricament, sinó d'acord amb el cas. Hamilton les divideix en tres aproximacions: «L'administració d'un servei pràctic, l'atenció al medi ambient i el tractament directe». Quan els mitjans necessaris per a prestar els serveis de treball social sanitari no estiguin a l'abast de la persona, i això en perjudiqui l'evolució, com a professionals no podem mirar cap a un altre costat. Com a professionals som responsables de constatar aquest fet i acumular evidències suficients per a poder-lo tractar amb les autoritats sanitàries i socials. Mai hem d'oblidar que som agents de canvi i promotors de recursos.

Hem de valorar els mètodes (aconsellament o *counseling*, entrevista terapèutica, etc.) que aplicarem dins del servei de treball social sanitari prestat, per a incidir sobre aquesta realitat, i no una altra, de la persona i en funció dels nostres objectius, que no hem de passar per alt que són els de la persona i que s'han consensuat amb ella mateixa. En bona part, la realitat que compon el tapís de cada cas social sanitari és un conjunt d'axiomes que sotmesos a la interpretació professional donen com a resultat el dictamen del diagnòstic social sanitari. Cadascun separatament pot aportar informació sobre riscos, però quan es contextualitza és quan aquests riscos prenen la forma i el pes real dins el diagnòstic social sanitari. Tot recolza en el conjunt de fonts a les quals hem acudit, i per mitjà de les fonts és com podem disposar d'una panoràmica més àmplia del cas. Recordem que hi ha quatre aspectes bàsics per a comprendre el diagnòstic social sanitari:

- No s'ha de confondre amb una classificació, si bé farà falta després per a codificar i analitzar les parts i els atributs.

Axioma

La Reial Acadèmia Espanyola defineix *axioma* de la manera següent: «Proposición tan clara y evidente que se admite sin necesidad de demostración. Cada uno de los principios fundamentales e indemostrables sobre los que se construye una teoría».

- No ha de ser tan generalista que, una vegada definit, generi dubtes i buits o permeti l'especulació.
- No s'ha de tractar com una descripció de fets o circumstàncies que estan a l'abast i són palesos per a tots els professionals.
- El diagnòstic social sanitari ha d'incloure sempre els serveis que es prestaran en el pla d'intervenció.

Si bé no hi ha dos diagnòstics socials sanitaris iguals, com podem deduir en estudiar la definició i atesa la naturalesa que té, davant el mateix cas social, dos, tres, quatre, cinc treballadors socials haurien de concloure el mateix diagnòstic social sanitari. Un punt feble el marquen les discrepàncies diagnòstiques entre professionals, malgrat això, quan el diagnòstic social sanitari està ben elaborat aquestes discrepàncies es redueixen a mínims. Un aspecte sobre el qual emfatitza la mateixa Richmond i que continua vigent és que no tot el que és social és susceptible de ser tractat des del treball social, afegim-hi, sanitari.

1.1. Sobre què s'ha de fer, com s'ha de fer i la incertesa de què passarà

Ben aviat, Richmond i altres pioneres es van començar a preocupar dels mètodes del treball social. Van qüestionar «què» s'havia de fer i «com» s'havia de fer. Fem un parèntesi per recuperar els conceptes de *catàleg de prestacions* i *cartera de serveis*. Aquell respon a «què» es fa, quines prestacions i serveis es donen, i aquest a «com», amb quins procediments i amb quines tècniques es presten aquests serveis. En el «com» és on hi ha la diferència entre l'ajuda professional des del treball social sanitari i l'ajuda social espontània, filantròpica. Segons el destinatari o els destinataris de la intervenció professional, aquest «com» varia. Recordem el text, esmentat més amunt, que escrivia Richmond el 1911:

«Hi ha un art en el principi, si considerem la nostra primera intervenció mirant d'esbrinar què podem fer per un nen petit que ha quedat orfe i és indigent, o el nostre mètode en aquesta gran empresa relacionada amb la temptativa de reduir el nombre d'orfes indigents als Estats Units. Totes dues tasques socials exigeixen una recerca social, encara que la recerca que és particularment el meu tema sigui la que precedeix una forma de tractament social, no per a un gran grup, sinó per a un individu. [...] En l'intent de deixar de banda conjectures preliminars respecte a aquest art de principi, manllevo per a la conveniència i la brevetat dues paraules [...]. La ciència de la medicina es distingeix clarament entre el laboratori i les recerques clíniques. Nosaltres també tenim la necessitat de tal distinció. Skeat ens diu que la forma més primerenca de la paraula *laboratori* era *elaboratori*, cosa que suggereix el taller en què es poden elaborar o resoldre les coses pacientment i amb cura».

M. E. Richmond (1911). «Of the art of beginning in social work». A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 373-379).

El diagnòstic social sanitari és una construcció que es dona en l'«elaboratori» una vegada que hem recollit la informació necessària i l'hem ordenada i interpretada. Hem de comprendre que tot això no és una cosa que s'esdevé de sobte, sinó que segueix un itinerari marcat per la transferència i la contratransferència, per les pors i esperances de cadascuna de les parts, i també pel grau de resiliència. Per a aconseguir la màxima empatia amb la persona hem de mantenir

una actitud d'escolta i interès pel que ens explica i ser molt cauts a transmetre les nostres primeres hipòtesis de treball precipitadament. Tampoc no podem caure en aquestes primeres impressions, que es poden verificar o no.

La capacitat d'escoltar és un dels requisits exigibles a tot treballador social sanitari. La informació que anem obtenint i tots els fets que observem al llarg de les diferents entrevistes els haurem de contextualitzar i d'interpretar des del treball social sanitari, des de l'àmbit psicosocial i ambiental, prenent sempre la persona com a principi i fi.

El qui, amb la nostra intervenció, ha de poder resoldre les dificultats que s'interposen en el seu benestar és la persona.

Com que som en un model d'atenció biopsicosocial, com veurem més endavant, aquesta contextualització prendrà els àmbits biològic, psicològic i social. El conjunt de casos ens permet una anàlisi periòdica del col·lectiu de persones ateses. De vegades recolzant-nos en altres resultats, de vegades semblant hipòtesis de treball per a recerques posteriors, per a satisfer una de les nostres funcions, la de recerca, anirem analitzant i agrupant constantment els casos de manera que generarem coneixement que ens permetrà anar establint elements comparatius per a distingir mètodes d'intervenció.

Una de les característiques dels textos dels professionals precursors, la majoria dels quals són dones, és la reflexió que feien sobre els conceptes i com els apliquem al treball social quan atenem les persones.

Aquesta reflexió la il·lustra un text de Hamilton. El 1934 mostra la inquietud que tenia per l'aplicació de la teoria, i escriu el següent:

«Quins conceptes o tècniques del treball social de casos es traslladen a la pràctica de les nostres agències de benestar en la seva expansió corrent. [...] El treball social de casos en l'última centúria ha tendit a acréixer la idea que uns serveis socials adequats disminuiran la necessitat d'ajuda. El treball social de casos en les primeres dècades de la centúria ha començat a elaborar la idea que l'ajuda era més efectiva si tenia el suport dels serveis socials. [...] Els treballadors socials en les agències públiques han orientat la seva influència construint l'ajuda per a fer-ho tot tan suportable com sigui possible, filosòficament perquè ells no creuen en el principi de la força de dissuasió, [sinó] més aviat de suficiència i tècnica per mitjà de certes pràctiques».

G. Hamilton (1934). «Casework responsibility in the unemployment relief agency». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 389-398). Nova York.

El 1937 Hamilton continuava evolucionant en les observacions que feia sobre el treball social de casos (*case work*). Continuava perfilant la pràctica visualitzant-la dins el món que s'estava conformant. Si bé el 1937 encara faltaven vuit anys perquè es creessin les Nacions Unides (octubre de 1945) i onze anys per a la Declaració universal dels drets humans (desembre de 1948), el món estava en eclosió.

«Com que els moviments humanitaris han tingut tanta identificació amb els privilegis econòmics i l'ajuda, fàcilment, s'alia amb el poder o el patrocini, els crítics de la ideologia de treball social de casos tendeixen a substituir el concepte de drets pel concepte de necessitats, com si fossin oposats. Nosaltres no ens hauríem d'enganyar amb això. Les necessitats humanes no són menys importants perquè hàgim aclarit i decidit sobre l'establiment de drets humans. Els drets humans impliquen la definició, la classificació i el tractament comú; les necessitats humanes impliquen la individualització dins les més àmplies classificacions i el tractament diferencial».

G. Hamilton (1937). «Basic concepts upon which case-work practice is formulated». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 138-149). Nova York.

L'elaboració del diagnòstic social sanitari dins aquestes teories no està exempta de dificultats. La primera sorgeix quan el volem comprendre equiparant-lo amb el diagnòstic mèdic; l'acte de diagnosticar és el mateix per a tots, però la construcció, les tècniques diagnòstiques aplicades, els instruments diagnòstics emprats, els mateixos indicadors psicosocials són diferents dels sanitaris. Si acceptem, partint del que s'ha dit, que no hi pot haver dos diagnòstics socials sanitaris iguals, podem dir que el diagnòstic social sanitari equival, metafòricament parlant, a l'ADN del cas. Això el converteix en únic. En canvi, els diagnòstics mèdics no presenten aquesta particularitat. Per què? Perquè en el diagnòstic social hi trobem el factor humà i emocional. Les emocions varien.

Les pioneres no van cessar l'observació i descripció d'uns mètodes enfront d'uns altres. Els seus arguments eren un conglomerat d'accions qüestionades sempre dins la seva contribució a la millora de les circumstàncies de les persones objecte d'intervenció. Es tracta de canalitzar el canvi d'una realitat infructuosa o adversa a una altra de més benèfica i sana. La teoria i la pràctica són engranatges inseparables de la mateixa acció. La intervenció que no té el suport de cap teoria no és una intervenció professional. Pot ser ajuda, però no és una ajuda professional.

Per a l'estudi del cas social sanitari cal delimitar les parts que el componen i en cada part els fets que el conformen. Això és un simple acte d'organització per a facilitar l'estudi i un acte racional de desagregació del conjunt que en la vida real sempre se'ns presenta barrejat. Aquesta puntualització obeeix al fet que, com veurem, els pioners assenyalen la penetració de les variables en altres variables. Per exemple, una persona que viu aïllada sense possibilitat de rebre ajuda i momentàniament es veu seriosament afectada per una infecció respiratòria. Aquestes tres variables conformen una realitat, però si es combinen de manera diferent, en conformaran una altra. Cadascuna implicaria un diagnòstic social sanitari diferent.

El primer seria diferent del segon; el treballador social sanitari en el seu «elaboratori» delinea l'escenari concret d'aquest cas concret i n'assenyala les conseqüències i els possibles camins i passos per a solucionar-les. Les variables del cas social sanitari no es poden aïllar les unes de les altres, llevat que sigui per a fer-ne l'anàlisi. Agafem un altre exemple: què fem davant un nen abandonat?, quins passos hem de seguir davant un nen abandonat a urgències i quin ordre han de seguir, aquestes passos?; què fem davant una persona gran abandonada?, quins passos hem de seguir davant una persona gran abandonada a

urgències i quin ordre han de seguir, aquests passos? Amb això entenem que, davant una mateixa realitat, l'abandonament d'un nen a urgències, hem de seguir passos semblants quan ens trobem amb un altre nen abandonat a urgències. Diem que protocol·litzem la intervenció. Davant un mateix fet, però, l'abandonament, hem de canviar els passos que seguim, sia un nen o una persona gran? Per què? Primer perquè ho exigeixen l'amplitud i les variables del cas social sanitari. L'«abandonament», però, no és el diagnòstic social sanitari sinó que és una circumstància, un problema, i no pas un diagnòstic.

Recordem que els procediments i protocols de treball social sanitari són els passos que cal seguir obligatòriament. Parlem de procediments per igualar el llenguatge al que es fa servir dins el sistema sanitari actual, però també valdria per a parlar de metodologies. Els protocols són procediments que marquen la seqüència d'accions professionals davant una situació o circumstància concreta, que en aquest cas és l'«abandonament».

1.1.1. Atenció professional individualitzada enfront de treball social de casos

Montserrat Colomer va parlar de l'atenció professional individualitzada el 1974 en els termes següents:

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

M. Colomer (1974). «Método de trabajo social». *Revista de Trabajo Social* (núm. 55, pàg. 14).

Una anàlisi que continua vigent en algunes àrees del treball social sanitari, sobretot en les que intervenen en unitats d'alta tecnologia, d'aguts i urgències. En aquest sentit, la dinàmica de la unitat no admet, en general, el treball social de casos, que per la naturalesa que té requereix més temps.

L'atenció professional individualitzada és una fórmula assistencial comuna i freqüent en la unitat de treball social sanitari, cada vegada més. És condicionada per l'organització superior de l'establiment mateix. L'atenció professional individualitzada és particularment present, per exemple, en l'atenció a les persones que acudeixen a urgències i que no requereixen ingrés. Parlem sobretot de casos que mantenen amb l'establiment un contacte puntual que, limitat a un temps concret i condicionat pel perímetre de la prestació sanitària, obliga a redefinir el perímetre de la prestació social.

Una particularitat de l'atenció professional individualitzada és l'acció puntual i necessària en aquell moment concret que exigeix una presa de decisions ràpida, àgil i òptima, però sobretot professional. Quan diem *professional* ens referim al fet que hi ha un coneixement implícit i tàctic que s'aplica automàticament. Una altra particularitat d'aquesta atenció és que la pressió de la mateixa circumstància psicosocial que cal resoldre impedeix el dictamen del diagnòstic social sanitari, que requereix molta més informació i observació.

Exemples

Davant una mare atesa a urgències que diu que no té ningú que vagi a buscar els seus fills a l'escola, el primer que cal resoldre és anar a buscar els nens; si a més afegeix que no té res per donar-los de menjar, hem de veure quines gestions podem fer per a resoldre la falta d'aliment, sigui per la via que sigui (veïns, parròquia, ONG, tiquets d'aliments, etc.). Un altre estadi de l'assistència és saber com s'ha arribat aquí, com s'ha d'intervenir perquè la mare pugui millorar la seva situació econòmica.

Quan a urgències ingressa un espòs que s'ocupava de la seva esposa malalta que s'ha quedat a casa sola, el primer que cal resoldre és l'atenció de l'esposa a casa, sia per la via que sia; l'estudi del cas i l'orientació futura vindrà després.

Davant determinades circumstàncies, el primer que cal és l'acció eficaç perquè la urgència és palesa. No s'hi val a començar una entrevista amb la finalitat de recollir informació col·lateral que, si bé es requereix per a establir el diagnòstic social sanitari en aquest moment, es pot dir clarament que no serveix per a les expressions del cas. Això queda en un segon pla.

Ja sabem que el que és urgent és diferent del que és important. Així, doncs, l'atenció professional individualitzada és deguda a l'exigència de fer una intervenció que, indubtablement, ha de brindar el treballador social sanitari perquè és el professional que disposa de les habilitats i les eines que garanteixen el més bon resultat de les gestions que exigeix aquesta situació. Dit això, l'atenció professional individualitzada no es pot titllar d'una intervenció menys professional que la que pugui dispensar qualsevol amb voluntat d'ajudar. Seria donar a la intervenció un horitzó curt sense aspectes de solució. És simplement una atenció particular en un moment particular i amb unes circumstàncies particulars. No hi ha res que impedeixi el seguiment posterior o la derivació a un altre servei.

Hem d'insistir que el diagnòstic social sanitari no és una llista de situacions problemàtiques, no és una mera descripció d'atributs psicosocials, no és un registre de característiques, i això és l'única cosa que permet l'atenció professional individualitzada. Tanmateix, aquesta llista de problemes que podem confeccionar, la combinació d'aquests problemes, la incidència que tenen sobre la vida de la persona i de la seva família, els atributs psicosocials són els que, segons com s'influeixin, tal com s'esdevé en els vasos comunicants, desencadenen l'imperatiu d'una atenció professional individualitzada com a pas previ i amb un clar horitzó envers el treball social de casos. Les diferents circums-

Circumstància psicosocial

La persona acudeix a l'establiment sanitari per un problema de malaltia i presenta una situació concreta i puntual que requereix una resposta ràpida, com, per exemple, falta d'aliments o incapacitat per a anar al centre de salut. Queda patent que hi ha una primera realitat que requereix una primera resposta.

tàncies queden vinculades i cosides unes a altres en la descripció del diagnòstic social sanitari, el qual ve a ser el sargit temporal que permet de veure la panoràmica general.

La pràctica de l'atenció professional individualitzada es dona entre una o dues entrevistes, potser tres. Com a màxim permet una primera valoració psicosocial i unes primeres deduccions (hipòtesis) que s'han de corroborar, i una vegada resolta la primera emergència es produeix la derivació activa (amb contacte directe) cap al servei receptor més adequat, que, al seu torn, ha de començar un estudi a fons.

En la recerca *El diagnòstic social sanitario* feta de 2006 a 2008 es va preguntar sobre el mètode d'intervenció habitual, i es van donar tres possibles respostes:

- Atenció professional individualitzada.
- Mètode de treball social de casos.
- Totes dues.

Les respostes vàlides ($N = 107$) donen un percentatge del 92,52% d'intervenció de tots dos models. Aquesta realitat està justificada per l'entorn sanitari actual i pel tipus de necessitats o demandes plantejades. Malgrat això, des del treball social sanitari no podem renunciar a la nostra responsabilitat professional bàsica, que és el diagnòstic social sanitari. Sí que hem de tenir en el punt de mira l'aplicació de sistemes integrats que permetin compartir parts dels procediments i protocols de treball social sanitari entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària gestionant processos coordinats i encadenats que s'inicien en un àmbit o l'altre i s'acaben en un àmbit o l'altre. El diagnòstic social sanitari que es comparteix és la frontissa que permet d'articular totes les accions entre tots dos camps.

La jutgessa Grey

En un dels episodis d'una sèrie televisiva anomenada *La juez Amy*, la mare de la jutgessa en la sèrie, Maxine Grey, és una treballadora social de menors. Algú li deia: «Aquests joves no canviaran mai, no hi perdi el temps». I ella, més o menys –no recordem les paraules exactes–, li responia: «Senyora, si jo, com a treballadora social, pensés com vostè, que aquests joves no canviaran mai, la meva professió perdria tot el sentit de ser». Aquest comentari endevinava la tecla del valor i sentit del treball social. Si no fos possible el canvi, el treball social no tindria sentit.

L'atenció professional individualitzada, a més de requerir una gran habilitat, l'hem de concebre com un procediment les fases del qual hem de seguir. Insistim que aquesta intervenció no l'hem de valorar de manera pejorativa, ni com una manera inadequada d'intervenir o una atenció menys valuosa. Al contrari, hem de veure la importància que té com a porta d'entrada a un treball social sanitari de casos.

El diagnòstic social sanitari requereix un estudi profund del cas social sanitari i comporta una intervenció social amb l'ajuda de tècniques i d'estratègies que corroboren o desestimen hipòtesis de treball. La intervenció social sanitària

Lectura complementària

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

Referència bibliogràfica

D. Colom (s/d). *El diagnòstic social sanitario*. Madrid: Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Document inèdit.

conté una intenció que es descriu amb un objectiu general i uns objectius específics que serveixen per a aconseguir el general. Els objectius, al seu torn, s'han de redactar per a facilitar l'avaluació de l'evolució del cas social sanitari de manera que es pugui identificar el recorregut i els assoliments. Ens hem de demanar el següent:

- En quins serveis prestem més sovint atenció professional individualitzada?
- Quines són les demandes més habituals?
- En quins serveis apliquem el procediment de treball social de casos o d'altres?
- En quins serveis s'intervé per programes?
- Etc.

Podem concloure dient que, dins els procediments i protocols de treball social sanitari, mentre no es disposi del diagnòstic social sanitari tota intervenció és atenció professional individualitzada perquè actua de manera «reactiva».

1.2. Tres punts crítics que desvirtuen el diagnòstic social sanitari

Si recordem la definició donada per Richmond, inclou el fragment «tan exacta com sigui possible». El dia a dia permet d'observar els riscos principals que conjumina l'elaboració del diagnòstic social sanitari. Així, es revelen tres realitats que hem d'evitar:

- La generalització de les descripcions i dels elements que conformen els detalls del diagnòstic social sanitari.
- La confusió entre el diagnòstic social sanitari i les eines diagnòstiques que puguem aplicar.
- La presa d'un problema, d'un atribut, d'una característica, pel diagnòstic social sanitari.

1.2.1. La generalització de les descripcions

Les generalitzacions destrueixen la diferència, la dilueixen i tot sembla la mateixa cosa. Això comporta riscos psicosocials per al malalt i per a la seva família o xarxa social, que lluny de veure'l com a únic el dilueix igualment en la majoria. La generalització tanca la confusió, cosa que sol portar a l'error. Els errors diagnòstics en treball social sanitari es revelen en el pla de treball, en els processos socials en què s'inclou la persona i en l'execució d'aquest pla. Aquests errors es posarien en relleu en l'avaluació quan es veiés que no s'ha aconseguit de millorar el benestar de la persona malalta ni resoldre dificultats, però la generalització també impedeix d'avaluar.

Què hem de validar? La generalització evita la precisió i permet l'elucubració. Evita el compromís i la responsabilitat professional i, a més, impedeix el seguiment del cas. Amb el pas del temps, al cap d'uns dies, potser de setmanes o mesos, la riquesa dels detalls diagnòstics quedarà perduda en la generalització

del que s'ha escrit. La precisió, en canvi, permet de diferenciar un cas d'un altre, no tant en l'ús de recursos externs com en el tractament de treball social de casos. No costa gaire de trobar narracions en les històries de treball social sanitari que apunten en la direcció diagnòstica i rarament la concreten, de manera que deixen oberts nombrosos interrogants.

Les generalitzacions esborren el factor diferencial, aquell que imprimeix el quid, no solament entre el treball social sanitari i les altres professions amb les quals es conviu sinó entre el treball social sanitari i el treball social en altres àmbits. Un pont de fang que suggereix que el treball social sanitari es pot dur a terme des dels serveis socials, com, per exemple, la infermeria i l'administració.

La generalització va unida a la superficialitat. A tall d'exemple, imaginem-nos un diagnòstic mèdic: «Malalt amb problemes seriosos»; «Persona amb un dolor fort». La majoria dels éssers humans es poden expressar en aquests termes. Qualsevol pot veure aquesta realitat, aquest problema de la persona malalta, fins i tot ella mateixa sap que ho està. És palès, però, que això no és el diagnòstic mèdic; aquesta malaltia s'ha d'especificar a partir de l'estudi clínic, i una vegada diagnosticada l'ha de tractar un especialista. El diagnòstic porta embastat el tractament, el qual té una finalitat: la millora o el manteniment. Per a diagnosticar es requereix sempre l'especialista, el seu saber, el seu coneixement, anar molt més enllà de la generalització, de l'evidència que hi ha a la vista i a partir de la qual tothom pot treure una conclusió. El que ofereix el cos mèdic és, precisament, el «diagnòstic mèdic», el que concreta «la malaltia i els problemes seriosos» o el «dolor fort», i a més estableix un pla terapèutic per a resoldre-ho. Amb aquest exemple bast, exemplifiquem la imprecisió d'aquests enunciats des d'una altra ciència com és la medicina.

Si això s'encavalca amb el diagnòstic social sanitari, l'equivalent és el descriptor següent: «Persona amb problemes socials relacionats amb la malaltia». Això també és evident per a la majoria de les persones; se'n pot adonar tothom. Ara bé, no és de cap manera el diagnòstic social sanitari. És a l'abast d'una majoria, com aquest altre descriptor: «Persona que no té família que l'ajudi».

S'esdevé exactament el mateix: tothom que es relaciona amb el cas social sanitari veu que la persona no té una família que l'ajudi. L'observador extern es diu: «I què?». Aquest observador extern està demanant el diagnòstic social sanitari. Una primera reflexió que es desprèn de l'exemple anterior és que «qualsevol descripció que es quedi en l'evidència, en el que pot veure qualsevol a simple vista, no s'ha de considerar el diagnòstic social sanitari. En tot cas, aquesta descripció és un símptoma, un punt de partida per a establir les fonts d'informació, acudir a aquestes fonts i començar la construcció del diagnòstic social sanitari».

Evidència

En biomedicina, s'ha introduït l'anglicisme *evidència*, traducció literal d'*evidence*, que significa 'prova' o 'fets provats'. En català, *evidència* té un origen etimològic llatí, *e-videre*, 'que es veu'. El que és evident no necessita ser «provat».

1.2.2. La confusió entre el diagnòstic social sanitari i eines diagnòstiques que puguem aplicar

Un altre aspecte que s'observa sovint és la confusió entre el diagnòstic i les eines diagnòstiques: escales, classificacions, etc. Es dona més valor a l'eina que al diagnòstic. De vegades se sent: «Nosaltres fa molts anys que treballem amb el diagnòstic social». I solament podem pensar: «Només faltaria!». Fa temps que ho diem: el treball social, indiscutiblement, està unit al diagnòstic social. Què té d' excepcional que el treballador social elabori el diagnòstic social? Sovint, però, a aquesta primera afirmació s'hi afegeix la segona part, que és igualment greu: «Estem unificant tots els diagnòstics socials i també els estem codificant per fer-ne el tractament informàtic». Aquesta observació és l'evidència que no es refereixen al diagnòstic social sanitari, sinó a alguna classificació, escala, etc. Aquesta observació certifica la confusió. Per definició, insistim que cada diagnòstic social sanitari és diferent de l'altre. Diferència que està condicionada per la unicitat de la persona, de la seva família, del seu diagnòstic mèdic, del seu pronòstic mèdic, de les variables i l'esdeveniment vital que conforma el cas social sanitari que no es pot codificar.

Dit això, però, també s'esdevé que les descripcions més o menys àmplies del diagnòstic social sanitari, precisament perquè detallen i precisen tant el cas social, no permeten altra cosa que l'atenció individual. I en aquesta línia ens cal un sistema d'agrupació, perquè així no podrem parlar mai de ciència. Com a conseqüència d'això, aquesta unicitat, per a ser estadísticament útil, requereix filtres que permetin d'agrupar i codificar la informació que conté. La classificació solament és una eina de treball que avui dia s'ha fet certament imprescindible, però no es pot confondre el vehicle amb el conductor o amb la carretera.

1.2.3. La presa d'un problema, d'un atribut, d'una característica, pel diagnòstic social sanitari

Fixem-nos en l'exemple anterior sobre el cas d'un nen abandonat a urgències, o d'una persona gran abandonada a l'hospital. El diagnòstic social sanitari no serà mai «Nen abandonat a urgències» o «Persona gran abandonada a l'hospital». Aquest fet, l'«abandonament», és la porta d'entrada al cas social, el motiu que farà començar el camí de l'estudi del cas, la cerca d'informació, la interpretació dels fets, l'anàlisi positiva dels factors. I això és el que imprimeix el factor diferencial entre el diagnòstic social sanitari i una observació vertadera i certa, però palesa per a tothom.

1.3. En el context del cas social sanitari: el diagnòstic social sanitari

Una vegada hem identificat que hi ha un cas social sanitari comencem el procediment d'intervenció. Sigui el que sigui, hem de rescatar els elements que, des del treball social sanitari, són susceptibles d'estudi, diagnòstic i pla de tre-

ball o tractament. En la definició, el cas social sanitari, com ja hem vist, congrega un conjunt de circumstàncies, esdeveniments, fets, factors, etc., de la persona i la seva família sobre una realitat dominant, la malaltia, aguda o crònica, que pateix un dels seus membres. Ens fixem en els efectes que té, en la manera com aquests efectes penetren en l'àmbit social i l'afecten. L'estudi, imprescindible, porta al diagnòstic social sanitari, que ens porta també al pla de treball, la intervenció. Per a facilitar la compressió del cas social sanitari acadèmicament analitzarem material bibliogràfic.

Per metodologia de treball i per a facilitar el seguiment de la progressió particular dels conceptes bàsics seguirem un ordre cronològic segons la data de publicació. Els autors triats, com en el crèdit d'antecedents històrics, no deixen de ser una tria basada en un criteri: la profunditat i el valor de les seves aportacions, el rigor i la base científica de les seves exposicions. Com ja hem assenyalat en el primer crèdit sobre els antecedents històrics, la tria d'uns textos enfront d'uns altres és un pas obligat en aquest tipus de revisions. En qualsevol cas, recordem a tots els professionals la importància d'acudir a les fonts. Necessàriament, els textos pertanyen a autors pioners, ja que van ser els que van sembrar aquest camp de l'acció d'ajuda transformada en teoria. La majoria d'aquests autors van viure a la fi del segle XIX i a la primera meitat del segle XX. Per força, els autors actuals que han abordat el diagnòstic social s'han nodrit d'aquestes mateixes fonts. Per tant, optem per acudir directament a aquests autors, estudiar els textos literals dels qui van començar el camí de la professionalització del treball social, fet que va tenir com a teló de fons, sobretot, el camp sanitari. Aquí va ser on es van donar importants avenços metodològics.

Són textos de gran valor precisament pel caràcter acadèmic i per la voluntat formativa que tenen. Serveixen per a reflexionar tant sobre les teories com la manera d'aplicar-les.

El treball social sanitari no és una teoria abstracta; veurem que aquests textos penetren en allò que és bàsic i essencial del treball social sanitari. Els autors, amb els seus dubtes i les seves reflexions, amb les seves correccions i els seus viratges, com requereix tota evolució, amb el seu lideratge inqüestionable, encara avui posen en relleu maneres d'abstreure la teoria observant la realitat per les finestres de la ciència aplicada.

Hem vist que el treball social sanitari no és una ciència exacta, com tampoc no ho és la medicina. Malgrat això, com diem, és una ciència en la mesura que aplica mètodes i coneixements científics i, alhora, genera nous coneixements, i se'n val per a conformar escenaris. És una ciència en la mesura que, mitjançant la recerca experimental, pot establir probabilitats seqüencials en realitats associades a unes causes sabent que, com ja va dir Hamilton en el seu llibre *Theory and Practice of Social Case Work*, en l'àmbit social costa molt d'establir causes i efectes. Avui, gràcies a les tecnologies de la informació podem estudiar

Referència bibliogràfica

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

les dades de què disposem i sabem que, davant una mateixa causa, l'arbratge d'efectes es va diversificant igual que l'existència mateixa de les persones, les seves vides. Tanmateix, això no s'ha d'interpretar com un determinisme.

En el treball social sanitari, com en moltes altres disciplines dedicades al camp humà, no es pot parlar de determinisme, ja que davant una mateixa causa es poden recórrer camins diferents que produeixen efectes diferents. La resiliència (*resilience*), la capacitat que té cadascú, és una part d'aquesta dificultat d'establir *a priori*, no tant els efectes, sinó com influiran i s'hauran de gestionar aquests efectes. Per això és tan important la recerca des del treball social sanitari, ja que amb els seus resultats, des d'una òptica longitudinal, es poden definir probables efectes, que se saben sempre dins un grau, més o menys notable, d'incertesa. Sobre el determinisme, Antonio Escohotado escriu el següent:

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

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

Un paràgraf molt útil per al treball social sanitari, que se sol trobar amb camins bifurcats en els quals els equips de treball social sanitari s'apliquen per manejar les incerteses. Dit això, però, no hi ha res que impedeixi als professionals recolzar-se en la seva realitat particular (demogràfica, epidemiològica, etc.) i en altres recerques, i establir possibles models.

Seria un reduccionisme abordar la teoria del diagnòstic social sanitari des d'una única visió. És important que els equips de treball social sanitari puguin identificar dins de quin model s'enquadra la seva intervenció i a quin autor pertany.

En la definició de diagnòstic social és comú l'ús de la paraula *judici*. Un judici basat en evidències, proves, documents, fets i factors: el diagnòstic social sanitari no pot ser un conjunt d'arguments ni suposicions. És una deducció de les consonàncies i dissonàncies de determinades realitats sempre dins un model teòric. Això és un exercici íntim recolzat en cada ètica particular i expressat per mitjà de la responsabilitat de l'exercici professional, la qual no es pot deixar de banda. El terme *diagnòstic*, en el camp que sigui, inclou una gran responsabilitat, i el professional ho sap.

Molts dels equips de treball social sanitari expressen sovint la inquietud per a «diagnosticar bé». El diagnòstic social sanitari és un judici i, per tant, aquest judici no pot ser mai una burocràcia que recull dades. Sempre requereix el professional per a la interpretació i contextualització.

Lectura complementària

A. Siebert (2007). *La resiliència* (pàg. 18). Barcelona: Ali-enta.

1.4. Teoria del diagnòstic social i aplicació al camp sanitari

Com explicaven els primers anys els autors el treball social sanitari, aquell anomenat llavors *servei social mèdic*? La panoràmica és àmplia.

Dins les sessions de les conferències nacionals, el terme *diagnòstic social* sorgeix el 1910. Ho fa sota el guiatge de Richmond; en la mateixa conferència també va parlar Garnet I. Pelton, i ho va fer de diagnòstic social. Richmond va dir el següent:

«En els vells temps hem hagut de lluitar de valent a la meitat del camí en contra de la gent sentimental que no tenia cap política social, que mancava d'una concepció concreta de conjunt, o fins i tot d'una petita part del conjunt que es podria descriure com a concreta. Ara, si la tendència actual no està marcada, ens tornarem a trobar a mig camí contenint els qui tenen unes concepcions mancades, de fet, de definició, però que tenen una devoció a una idea molt concreta d'alguns mitjans de progrés social que ha enecat els grans eixos de la situació. Quan amb artesia grupal hem mirat de rehabilitar la família hem après que, en primer lloc, hem d'entendre les circumstàncies i, en segon lloc, tots els qui estiguem interessats en la seva fortuna hem de treballar plegats, en un pla de cooperació i pensat, per obtenir l'objectiu que ens va fer moure les cames. D'acord amb el temps, no vam poder fer front amb els nostres moviments socials a les necessitats de comunitats senceres d'aquesta manera? Podria ser que no estiguessin d'acord a fer un diagnòstic social d'una ciutat o un poble i després decidir plegats d'acord amb la majoria la pròxima activitat que fes més falta de fer en aquell lloc? No hem comparat notes, però si ho fem ens trobarem que no tenim un ordre lògic de desenvolupament social, que una campanya de joc, per exemple, ha de cercar nous aliats en un poble on la majoria dels nens treballen a la fàbrica tot el dia; que els consumidors de la societat es moriran en una comunitat en què encara hi ha moltes noies que depenen de les cases de la caritat; una ciutat bella en què el moviment no pot pal·liar la falta de desguassos, i no pot ocultar els fets lletjos de l'amuntegament. No solament hi ha un ordre lògic de desenvolupament social. Hi ha moltes organitzacions que es moriran perquè han nascut fora del seu temps».

Llavors, l'àmbit social i l'àmbit sanitari, als ulls d'una majoria, era indivisible, i la integració de sabers i accions de tots dos camps va promoure els grans avenços del moment en matèria de benestar. Així ho posa en relleu l'exposició de Michael M. Davis el 1911, quan era director del dispensari de Boston. Va contribuir a aquesta idea integrada amb els termes següents:

«La ciència mèdica ha percebut més enllà de la malaltia les condicions socials que la causen: més enllà del nadó malalt, hi ha la llet impura; més enllà de la llet impura, hi ha la brutícia que atapeeix la casa i la lleteria que no és inspeccionada. Darrere el braç trencat de l'obrer, nosaltres hi veiem les llargues hores de feina al costat de la maquinària i sense protecció. La medicina moderna ha vingut per trobar, des del punt de vista preventiu, les causes socials de la malaltia, i la filantropia moderna comença a lluitar amb les causes socials de pobresa i també amb els resultats individuals que nosaltres veiem en el pobre».

M. M. Davis (1911). «Medical and social co-operation». A: *National Conference on Social Welfare*.

Hi sobren els comentaris. La contemplació social vinculada a la malaltia ja era un fet. El 1912, en un altre article, el mateix Davis es referia al fet que cada professió té una manera de veure el món, i centrant-se en la mirada dels equips mèdics i dels equips de treball social i la naturalesa de la seva influència, afegia el següent:

Bibliografia

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

«La ceguesa particular d'una institució mèdica és veure malalties en comptes de la sèrie de persones amb membres més o menys anormals i per tant interessants, ulls, fetges i cors, a propòsit, encara que necessàriament unit als éssers humans. Hem de tenir la mirada que veu la gent i també la malaltia, i per tant, el metge, l'especialista en la malaltia, ha de tenir al costat l'especialista en la persona, el treballador social».

M. M. Davis (1912). «Social aspects of a medical institution». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.

Malgrat això, el fet d'aclarir, explicar i distingir la intervenció des de l'àmbit social sanitari, des del treball social en aquells temps des de l'hospital, començava a ser una necessitat. El debat era sempre obert. En la mateixa conferència de 1910, Pelton fa referència al diagnòstic social sanitari i diu que a l'hospital:

«Sembla que hi ha diferències d'opinió i potser confusió sobre què és el treball social hospitalari [...]. El treball social primer s'ha de distingir del dels agents d'organitzacions de la caritat o del treball de seguiment que fan les cuidadores clíniques. Ells fan servir un entrenament tècnic i eines en el tractament dels pacients; però apel·lant als principis de la filantropia moderna per als malalts pobres, i cuidant i ensenyant a les cases. Aquests, però, són mètodes que rarament són subjacents a les propostes del servei social hospitalari. Els botànics i els biòlegs sovint fan servir instruments i tècniques semblants però els seus objectius fonamentals difereixen. L'objectiu del treball social hospitalari és el diagnòstic social, el pronòstic i el tractament del malalt pobre, a l'hospital o al dispensari, allà on indiqui la necessitat».

G. I. Pelton (1910). «The history and status of hospital social work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.

Hem de recordar Pelton, citada en l'article de Martin Nacman el 1977, com la primera treballadora social a la qual va acudir Cabot el 1903 per introduir el treballador social sanitari en la seva clínica de medicina en el Massachusetts General Hospital de Boston. Convé assenyalar l'èmfasi que posava a associar el treball social sanitari amb el diagnòstic social.

La vegada següent en què apareix el terme *diagnòstic social* és el 1912. És en el discurs esmentat de Davis, director del dispensari de Boston, dins la seva conferència «Social aspects of a medical institution» ('Aspectes socials de la institució mèdica').

«La determinació dels problemes humans presentats pels pacients que omplen les portes d'una clínica i la classificació d'aquests problemes perquè els mètodes de tractament si- guin estudiats amb intel·ligència són parts fonamentals de la tasca del departament de pacients externs o de l'hospital. El diagnòstic social ha d'acompanyar el mèdic. N'hi ha que respondran a aquesta demanda dient: «Per a això és per al que s'han creat els departaments de serveis socials». Però, en la majoria dels casos, els departaments de serveis socials han estat fundats amb un objectiu molt més limitat, és a dir, per a fer front als casos de perill més cridaner que deriva en una clínica de les persones sense llar, les vídues sense esperança, els nens descalços. És palès que el tractament mèdic sovint dona una importància secundària a aquestes necessitats; es crida el treballador social com una ajuda d'emergència».

M. M. Davis (1912). «Social aspects of a medical institution». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 363-369).

Referència bibliogràfica

M. Nacman (1990). «Social work in health settings: a historical review». A: K. W. Davindson; S. S. Clarke. *Social Work in Health Care. A Handbook for Practice* (pàg. 7-22). Nova York: Haworth Press.

La conferència de Davis seguia la impartida per Richmond, en la qual va argumentar la cooperació entre el treball mèdic i el treball social («Medical and social co-operation»), dins la secció dedicada a la relació entre el treball mèdic i el treball social («Relation of medical and social work»). Hem d'assenyalar també que la conferència que va precedir la donada per Richmond va ser la de Cabot.

Referència bibliogràfica

M. E. Richmond (1912). «Medical and social co-operation». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 359-363).

El 1914 William Healy, director del Psychopathic Institute of the Juvenile Court of Chicago, va parlar del diagnòstic social en la seva conferència sobre treball psicològic amb els delinqüents en els tribunals («Psychological work with offenders for the courts»). És interessant d'assenyalar la seva posició clarament científica sobre validar els mètodes de treball.

«Tenim molt poques proves que els tests emprats per als nens també siguin vàlids per als adults. Es proposa que prenguem decisions, per exemple, sobre els resultats del test de Binet i, no obstant això, encara no sembla probable pel tipus de resultats que nosaltres mateixos hem obtingut que es puguin aplicar tant als adults com als nens, a l'efecte del diagnòstic social, discriminant aquells en què estan obligats a ser infructuosos. Hem de recordar que encara ningú no ens ha donat els resultats d'aquests tests aplicats a centenars de miners que en les seves humils esferes formen part dels membres més útils de la societat».

W. Healy (1914). «Psychological work with offenders for the courts». *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 298-306).

1.4.1. 1917, l'any que va marcar el canvi: publicació de *Social Diagnosis*

El 1917 és l'any que, acadèmicament, va canviar el rumb del treball social. Richmond publica el seu llibre. Com es va rebre en la societat de l'època?, quins comentaris va suscitar dins la conferència anual?

En la presentació de la 44a. Conferència Anual de Treball Social, el president Frederic Almy, en la seva conferència inaugural, «The conquest of poverty» ('La conquesta de la pobresa'), va fer esment del llibre de Richmond en aquests termes:

«Alfred Russel Wallace diu que les invencions del segle XIX són superiors a totes les que el van precedir en tots els temps. Agafo això del llibre de Josiah Strong, en el qual es diu també, citant el professor Dolbear, que, al principi del segle XIX, les vint ciències principals –representaven gairebé la totalitat dels coneixements que tenim–, no existien. I afegeix: «Quan tenim en compte que, a part de la veritat espiritual, la major part, i la part més important, de tots els coneixements del món d'avui tenen només un centenar d'anys, que gloriosa que és l'expectativa raonable de temps per al futur». No hi havia gaire valor de la nostra caritat moderna fa mig segle. El llibre *Social Diagnosis* de la senyora Richmond hauria estat impossible fins i tot un quart de segle enrere. Si tenim en compte que el món és ara el pensament i la invenció de la societat, també físicament, sembla possible qualsevol cosa. La caritat per si sola no resoldrà mai la pobresa».

F. Almy (1917). «The conquest of poverty». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 6).

En la mateixa conferència, l'esmentat Healy, director de la Judge Baker Foundation (Boston), també es va referir en la seva conferència sobre els rumbs de la psicologia en treball social de casos («The bearings of psychology on social case work») al llibre *Social Diagnosis*. Val la pena, però, de recollir les seves primeres paraules referint-se al treball social de casos.

«Avui el treball social de casos competent per als tribunals i altres institucions públiques i privades o organismes socials es basa en fonaments compostos de materials de diverses àrees de la recerca. En la cerca d'aquests materials, el treballador social presenta una marcada desviació dels mètodes antics de no fa gaire temps, quan alguns elements específics de fet estaven envoltats d'un núvol d'impressions generals [...]. El punt de vista psicològic en la seva relació amb les ciències socials posa molt l'accent en McDougall, àmpliament llegit en psicologia social; en relació amb el treball social de casos, que constitueix la base del llibre de M. E. Richmond *Social Diagnosis*, i s'aplica en determinats sectors en particular [...]. Hi ha altres estudis de les persones sense llar, els aturats, els rodamons, els alcohòlics, els desertors, els divorciats i els beneficiaris de la caritat que han aparegut com a fragments de ciència».

W. Healy (1917). «The bearings of psychology on social case work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 106).

Healy, en la mateixa conferència, assenyala la importància del coneixement i de la formació. Torna a enaltir el llibre de Richmond, no sense deixar anar una fina ironia crítica davant el lliure albir professional que ha caracteritzat la intervenció des del treball social en general, també el sanitari.

«Els trucs curiosos que fan els nostres propis records i l'estranya, no intencional, irrealitat dels comptes donats per altres, estan arribant a ser part dels coneixements científics de la fiabilitat dels testimonis comparatius. Voldria destacar, malgrat que no cal aturar-se en aquest important punt, les pàgines de referència sobre aquest tema que hi ha en el diagnòstic social de la senyora Richmond. Ha de ser palès per sobre de la meua poca qualificació, i n'estic convençut, que el treball social de casos no és una cosa ingènua, immadura, feta per persones sense una formació especial. La psicologia ensenya certament amb gran garantia el que exigeix la feina; per sobre de tot, el judici dels éssers humans no s'ha de subscriure a les normes per a l'orientació acrítica».

W. Healy (1917). «The bearings of psychology on social case work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting* (pàg. 111).

El 1940, Hamilton va explicar el cas social. I en aquest mateix llibre va assenyalar dos camins, això és, el diagnòstic i l'avaluació, i va destacar el següent:

«El diagnòstic, entenent-lo com el problema psicosocial que porta la nostra atenció al client; l'avaluació, entenent-la com el funcionament de la persona respecte al seu problema, a les seves capacitats i a la disponibilitat de recursos externs, i també interns: tots dos estan relacionats tan estretament. N'hi ha que s'estimen més dir-ne *avaluació diagnòstica* [...]. El procés de pensament dirigit a la naturalesa del problema i les seves causes s'anomena *diagnòstic* [...]. Què passa? [...] diagnòstic i avaluació són percepcions psicosocials [...]. Tots dos, diagnòstic i avaluació, són dictàmens professionals. Des del moment en què el client fa la demanda, és convidat i estimulat amb l'entrevista a expressar els seus propis sentiments sobre la seva situació [...]. La seva experiència vital és una configuració per a ell [el client] i també per al treballador social i és segons la seva pròpia visió de la situació que ell [el client] reacciona habitualment [...]. El treballador social, indiscutiblement, ha de començar per on hi ha el client i explorar el seu problema amb ell, com el veu ell, però cal preveure la possibilitat de desavinences amb el punt de vista del client, conscient de la seva natural defensa, i el treballador social no hauria de començar gaire de pressa la correcció de la interpretació».

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work* (pàg. 214-217). Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

Elaborem ara un petit instrument d'ajuda per a recaptar informació que ens ajudi a construir el diagnòstic social sanitari.

Taula 3. Diagnòstic i avaluació en la teoria de Gordon Hamilton

Paràmetre	Aspectes que ha de desenvolupar el treballador social sanitari.
Demanda de la persona	Punt de partida per a començar amb el coneixement global del camp d'acció professional.
Quin és el problema, segons la persona?	Ens cal saber com defineix el seu problema, la persona. No parlem de diagnòstic; de moment hem de saber «els símptomes».
Vivència de la seva circumstància	Com la persona afectada viu i percep la seva situació. Com l'enfoca per sortir-ne.
Quin és el problema, segons el treballador social sanitari?	El treballador social sanitari ha de ser capaç de respondre's a aquesta pregunta, ja que la resposta portarà a començar la intervenció.
Grau d'acord entre client i treballador social sanitari	Com més acord hi hagi entre client, família i treballador social sanitari, més facilitats hi haurà per a avançar segons el pla de treball. Quan el desacord és molt gran, recordeu el ja esmentat «ajustament deliberat» en la personalitat descrit per Richmond (vegeu el gràfic següent).

L'acord/desacord entre treballador social sanitari i client marca els pilars de la gestió del cas en la seva variable complexitat. Agafem aquest exemple de l'any 1994 perquè no tenim més dades actualitzades. Hem de saber el grau d'acord/desacord del nostre servei per a establir plans de comunicació i informació i també de la gestió de les diferències.

Els pilars del diagnòstic social, si ens acollim a la definició de Richmond, són «la situació i la personalitat d'un ésser humà amb alguna necessitat social», «relacions de dependència, algú depèn d'ell o ell depèn d'algú altre» i la consideració de «la relació amb les institucions de la seva comunitat». Partint d'aquesta definició, per a aplicar-la es proposa l'eina de treball següent:

Taula 4. Construcció del diagnòstic social sanitari

Qüestions sobre la persona afectada	Qüestions sobre la solució
Quin és el seu diagnòstic mèdic i el seu pronòstic?	Diagnòstic i pronòstic, quines conseqüències tindran? <ul style="list-style-type: none"> • A curt termini • A mitjà termini • A llarg termini
Quina és la seva situació?	La seva situació, quines necessitats genera? <ul style="list-style-type: none"> • En la persona afectada • En la seva família
Quina és la seva personalitat?	La seva personalitat, com li permet d'enfrontar-se a la situació plantejada? <ul style="list-style-type: none"> • Sense ajuda • Amb ajuda

Quin és el seu nucli de convivència?	El seu nucli <ul style="list-style-type: none"> • Quins suports pot garantir? • Quines necessitats pot cobrir?
Hi ha relacions de dependència entre els membres del nucli de convivència?	Depèn d'altres familiars? <ul style="list-style-type: none"> • Hi ha altres familiars que depenen d'ell? • Aquesta interdependència, com afecta el seu futur immediat considerant totes les variables?
Quins són els serveis de la seva àrea de residència?	Dels serveis que hi ha, quin és el més adequat per a cobrir la seva necessitat?

Font: basada en Mary E. Richmond

Quan al diagnòstic social s'hi afegeix el qualificatiu de *sanitari*, indica que la intervenció del treballador social basa l'acció sobre «un malalt tractat en algun dels establiments del sistema sanitari amb una experiència vital relacionada amb posar-se malalt i el tractament mèdic, que requereix una guia i un suport de caràcter social».

El factor diferencial, entre el treball social sanitari i el treball social dut a terme dins altres àmbits, és la presència de la malaltia com a generadora de circumstàncies psicosocials i ambientals disruptives. Implica, d'una banda, la gestió de suports psicosocials relacionats amb la vivència interna de la malaltia de la persona i les conseqüències d'aquesta malaltia, i de l'altra, en una proporció més petita, la gestió dels suports professionals, tant sanitaris com socials.

Això no vol dir que no es puguin donar intervencions des d'altres àmbits en les quals també sigui present la malaltia, però en aquests altres casos la malaltia en la comunitat i fora del sistema sanitari –un cas rar, però que pot passar– és una circumstància coadjuvant, no és el centre de gravetat. La definició de *cas social sanitari* admet que dins el seu context la malaltia sigui present, però amb independència de l'àmbit en què s'esdevingui, fora del sistema sanitari, aquesta circumstància serà una més. Això, en canvi, no és així en el treball social sanitari, en el qual la malaltia és l'eix al voltant del qual, una vegada establert el diagnòstic social sanitari, giren els fils del pla de treball, que s'orienten a tornar a la persona la capacitat de governar la seva pròpia vida. Els equips de treball social sanitari, els seus membres adquireixen habilitats en l'àmbit sanitari pel coneixement adquirit tant quant al procés de la malaltia (per observació), com quant als efectes que té sobre l'àmbit psicosocial (per participació), com quant al funcionament del sistema sanitari.

Recordem les paraules de Richmond:

«El bon diagnòstic social inclou tots els factors principals que suporten el camí de reconstrucció social, i emfatitza els trets que indiquen el tractament que s'ha de seguir. Aquest èmfasi del treballador ha d'evitar de predisposar-lo a algun factor causal del distúrbio [...]. Un diagnòstic pot estar equivocat».

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pàg. 358 i 359). Nova York: Russell Sage Foundation.

Reflexionem sobre el que explica de fins a quin punt és humiliant trobar casos de malaltia mental diagnosticats per una agència com a casos de desocupació, mandra o ineficiència. I afegeix el següent:

«L'absorció del treballador pels aspectes superficials del cas és la responsable de molts errors diagnòstics. [...] Un diagnòstic pot ser una mera classificació. [...] La paraula d'un diagnòstic, fins i tot quan anomeni una dificultat correctament, no és social. En els dies de la desorganització del fet social, una dona amb fills i sense cap home al costat com a marit podia ser registrada per diferents agències com una vídua, com una esposa desertora o mare soltera sense que ningú no hagués verificat el seu estat civil [...]. Viduïtat, deserció, il·legitimitat són només fets socials aïllats que no tenen significació diagnòstica fins que s'han contextualitzat en el cas concret que es dona [...]. Un diagnòstic pot ser massa detallat».

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

Recomana que, de tota la informació recollida, es distingeixi el que és realment important del que no ho és. Tot plegat perquè el tractament tingui bon èxit. Es refereix al valor que té l'experiència en la pràctica del treball social que permet d'acostar-se de seguida al diagnòstic, però també alerta sobre el fet de treballar amb pressió, que afavoreix una visió parcial de la complexitat i de les possibilitats.

«Un diagnòstic pot ser parcial, encara que clar sobre la dificultat principal. [...] Un diagnòstic pot ser complet sense perdre la claredat».

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

Qualifica de malgastadora l'actitud de recollir moltes evidències, i llavors, amb l'entusiasme per a obtenir resultats ràpids, es perd la visió sobre els factors significatius que faciliten un tractament important.

«El diagnòstic més complet aportaria la imatge del cas sense enfosquir cap qüestió immediata».

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

Recuperem un text de Hamilton de 1931 en el qual es referia als **factors** i a la poca coneixença que se'n tenia dins el treball social. Un treball que hem de tenir en compte.

«Sabem una mica dels factors de la personalitat relacionats amb la pèrdua d'estatus social quan els ingressos han disminuït o cessen, una mica de la manera de preparar nens per al seu manteniment social, una mica dels problemes del pare substituït en els casos de concessió a les mares, una mica de l'efecte sobre el matrimoni i la vida de família quan hi ha tensió financera –per esmentar alguns dels nostres problemes més comuns [...]».

Què sabem avui dels factors? Si bé en la intervenció els **factors** s'aborden cas per cas, fa molta falta estudiar-los en l'àmbit macro. La construcció del diagnòstic social sanitari és una font de dades per a abstrure la influència dels **factors** econòmics, culturals, polítics, psicosocials, de salut, etc., associats a posar-se malalt, però també, i més important, des del model social, a curar-se. Això considerant tant la persona malalta, la protagonista, com la seva família. Hamilton afegeix el següent:

«El treball social de casos en el camp de família, el treball social de casos en qualsevol altre camp està preocupat, no per la malaltia directament, o la pobresa directament, o l'analfabetisme directament, sinó per la manera com contribueixen aquests factors en el desajust de la personalitat. El treball social com una professió està preocupat per la manera de remeiar les condicions que produeixen la malaltia, la pobresa i la ignorància, però el treballador social de casos sanitari en la feina diària s'ocupa d'una personalitat particular dins una situació particular. De vegades aquesta personalitat està, com diem, desajustada; de vegades no està prou desajustada i els conflictes s'han de precipitar [...]».

Al cap d'uns anys, Colomer reflexionava sobre el diagnòstic social en els termes següents:

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

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

María T. Scarón i Nélide Genisans, en un treball extens sobre el diagnòstic social, presenten els dèficits a l'hora d'elaborar-lo.

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

M. T. Scarón; N. Genisan (1989). *El diagnóstico social* (pàg. 25-40). Buenos aires: Humanitas.

Les seves paraules són una bona invitació a avaluar l'actitud de cada treballador social sanitari davant el diagnòstic social sanitari. A la seva professionalitat.

Ja avui dia, Francis J. Turner ha aprofundit des dels mateixos temps actuals en el diagnòstic social. En la seva definició s'hi endevina una altra època.

«La paraula [diagnòstic] designa el procés en què una opinió professional prové de la valoració d'una situació que emergeix en la nostra interacció amb els clients i els seus ambients significatius, una opinió en la qual nosaltres basem les nostres accions i per la qual estem preparats per a actuar amb una professionalitat responsable. L'essència d'aquesta definició és que el nostre diagnòstic està basat en els judicis que fem. Aquests judicis constitueixen la base de les nostres activitats professionals. Estem preparats per a responsabilitzar-nos d'aquests judicis».

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

Un diagnòstic social sanitari equivocat o incomplet, igual que s'esdevindria amb el diagnòstic mèdic, implica una intervenció (o tractament) errònia i insuficient. Les conseqüències immediates d'un error diagnòstic són diferents en el cas del diagnòstic mèdic i en el del diagnòstic social. En el primer cas es posa en risc la vida biològica, l'autonomia. En el segon cas s'arrisca l'autonomia social de la persona, del teixit social que la sosté en el seu entorn. El diagnòstic social és motiu de debat i reflexió. I per a molts equips de treball social sanitari responsables, una preocupació. Com s'inscriu en la pràctica quotidiana la teoria del diagnòstic social sanitari? Aquesta preocupació també la van manifestar les nostres predecessores. És relativament fàcil de fer-ne una llista, però és complex de donar a la definició resultant una estructura plausible per a la pràctica diària.

Els equips de treball social sanitari, com altres equips professionals, apliquem simultàniament mètodes deductius (del que és general al que és concret, esquematitzant) i inductius (del que és concret al que és general, agregant i integrant). Vegem altres mètodes:

- **Els mètodes analítics.** Per tant, aplicat al treball social sanitari podem dir que és l'examen qualitatiu i quantitatiu de certes variables psicosocials del cas social sanitari segons mètodes especialitzats (escales, evidències) amb una finalitat diagnòstica.
- **Els mètodes sintètics.** El que ens permeten amb un conjunt de parts del cas social sanitari reconstruïm el tot cap al qual es dirigeix.

El diagnòstic social sanitari es construeix a partir de la manera com els axiomes que il·lustren la realitat de la persona, del seu entorn immediat, interactuen i hi influeixen. Descriu com possibiliten o impedeixen la seva autonomia actual i com hi influiran en un futur. Tot plegat amb el principi de llibertat i dignitat de la persona. Descriu quins són els seus recursos propis i quines són les necessitats que hauran de cobrir els suports externs.

Anàlisi clínica

Segons la Reial Acadèmia Espanyola, *anàlisi clínica* és un «examen cualitativo y cuantitativo de ciertos componentes o sustancias del organismo según métodos especializados, con un fin diagnóstico».

Distingim ara dues esferes del terme *diagnòstic*:

- **L'acte de diagnosticar com a acció.** Què vol dir establir un diagnòstic social sanitari?, com l'establím?, amb quins instruments?, amb quines fonts?
- **El diagnòstic com a descripció** i definició dels fets, la interpretació d'aquests fets (relacionar-los amb altres variables) i la necessitat d'intervenció. Una vegada establert el diagnòstic ens trobem al punt zero.

En la majoria dels casos, sempre en l'entorn professional, veure els fets, sobretot els més palesos, és a l'abast de qualsevol tècnic que tracta amb la persona. El que ofereix l'especialista, però, en aquest cas el treballador social sanitari, és la seva capacitat, la seva traça, d'interpretar en positiu o en negatiu si aquests fets, dins el context particular de la persona, són dificultats o no, i com es poden convertir en fortaleeses.

A tall d'exemple molt simple. Un fet és «En Josep viu sol»; el diagnòstic mèdic d'en Josep és una «insuficiència respiratòria greu». La interpretació del que això (al costat d'altres fets que es puguin donar simultàniament) significa per a en «Josep», sempre considerant el diagnòstic i pronòstic mèdic, és el que permet al treballador social sanitari de començar l'estudi per a arribar al diagnòstic social sanitari, sempre subjecte al context de cadascú, de cada cas social. Qualsevol fet analitzat fora del context a què pertany, fora del contorn i contingut del cas social, no es pot qualificar com una dificultat o un avantatge encara que *a priori* sembli una cosa o una altra. Com hem vist, els mateixos fets en contextos diferents gesten diagnòstics socials diferents i tenen possibilitats diferents. L'aigua, si bé continua mantenint la composició original, no és la mateixa cosa quan bull que quan és gelada. Per tant, l'important no és solament l'aigua, sinó també l'entorn.

Cada realitat abans de ser interpretada és «indiscutible en si mateixa», i més quan és ratificada per l'evidència. Si bé aquesta realitat, els fets que la nodreixen, són visibles per a qualsevol professional, la interpretació que dona lloc al diagnòstic social sanitari recau en la responsabilitat exclusiva del treballador social sanitari.

El qualificatiu *sanitari* contextualitza els límits del cas social i el situa dins el camp sanitari; per a això requereix una formació específica, una especialització, per a evitar que la intervenció social manqui del factor diferenciador que imprimeix la malaltia.

Davant el dèficit actual de formació reglada en treball social sanitari, els professionals prenen altres vies de formació que, per sort, les institucions faciliten. El treball social sanitari transita sempre al voltant de la malaltia tractada en els establiments sanitaris i, per tant, el diagnòstic social sanitari la considera des del començament.

1.4.2. Diagnòstic social sanitari enfront de valoració tècnica

Al llarg d'aquests últims anys han proliferat termes afins però que dilueixen el concepte. Així, el concepte de *valoració tècnica* ha substituït en determinats àmbits el de *diagnòstic social*, fins i tot el de *diagnòstic social sanitari*. Solament cal dir que el diagnòstic social sanitari sempre s'identifica amb el treball social sanitari, mentre que la «valoració tècnica» recau sobre qualsevol tècnic. És important de fer servir la denominació adequada per a evitar actituds com l'intrusisme i confusions que desvirtuen la mateixa professió. La *valoració tècnica*, a més, és un concepte abstracte, mentre que el *diagnòstic social sanitari* identifica una professió.

1.5. Diferències principals que imprimeix la presència d'unes patologies enfront d'unes altres

La penetració de la malaltia en l'àmbit social determina, en bona part, el pla de tractament des del treball social sanitari. La importància que té que sapiguem el diagnòstic mèdic i sobretot el pronòstic per a la nostra feina obeeix a aquest fet que marca, sense dilació, el futur de les persones ateses en els establiments sanitaris.

Mary E. Woods i Florence Hollis van relacionar la informació continguda en les classificacions mèdiques per ajudar els equips de treball social sanitari a identificar les implicacions socials i, per a això, van escriure el següent:

«La classificació mèdica o el diagnòstic, sovint, té implicacions personals i socials. Per exemple, un nen diabètic pot necessitar ajuda amb els sentiments pel que fa a la seva malaltia, que li imposa privacions de menjar o d'activitats que els seus amics poden fer. Un adolescent atleta amb el genoll permanentment lesionat, com a conseqüència d'això, pot perdre estatus com a «estrella» de l'equip de l'escola superior, o deixar enrere el somni de participar en la lliga de primera. Després d'un diagnòstic de disfunció cardíaca, un home de negocis amb èxit pot haver de limitar les activitats extenuants i deixar interessos i punts de venda, alguns dels quals li havien servit per a distanciar-se del seu matrimoni insatisfactori [...]. Hi ha malalties catastròfiques –càncer terminal, fallada renal, sida, etc.– que tenen un significat tràgic per als individus i per als qui els estimen. El coneixement de les implicacions de diversos desordres físics i malalties i els ajustaments que requereixen immediatament proveeix el treballador d'informació de l'assessorament total una vegada que s'ha dictat el diagnòstic mèdic».

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy* (pàg. 309). Boston: McGraw-Hill.

A això, hi afegixen els problemes socials pròpiament dits derivats als equips i agències de treball social, dificultats entre pare i fills, maltractament a l'esposa, mendicitat, abús sexual infantil, delinqüència, abús de substàncies, ambivalència sobre l'embaràs, incest, malaltia terminal, idees suïcides, disfuncions familiars, conflictes matrimonials, etc. Expliquen que aquests conflictes, cada categoria de problemes, informa el treballador social, ell o ella, i li suggereix els passos de tractament. Posen l'exemple d'una dona maltractada:

«Les primeres qüestions crítiques que cal resoldre són:

La dona que ha estat maltractada, requereix una casa d'acolliment o una de semblant?; si això sembla arriscat, haurà d'anar a casa d'un parent o d'una amigat?, estan en perill els nens?, ha d'ordenar protecció la justícia?».

Assenyalen que, mentre es resolen aquestes preguntes, s'ha de començar amb l'assessorament i conèixer l'historial de maltractaments.

Turner agafa com a desordres físics que requereixen una intervenció específica del treballador social l'artritis, la ceguesa, els pacients cremats, el càncer, els desordres cardíacs, la sordesa, la diabetis, l'epilèpsia, els problemes genètics, l'hemofília, la malaltia de ronyó, l'esclerosi múltiple, les malalties neurològiques, la pèrdua d'òrgans, el dolor, el retard, l'anèmia de cèl·lules falciformes, els pacients amb accident vascular cerebral, els trasplantaments.

Agafem com a exemple l'artritis. Ens trobem amb un pacient que no es cura; una setmana es troba que no pot suportar el dolor i la següent desapareix. Una de les dificultats principals a què s'enfronta la persona és que sovint no pot seguir els seus plans. I una de les grans frustracions són les restriccions físiques que la limiten. Pel que fa al paper del treballador social sanitari, Turner escriu el següent:

«Els treballadors socials que treballen amb pacients amb artritis els han d'animar a verbalitzar les frustracions i a parlar francament dels sentiments. Aquesta expressió de la frustració i de l'empipament, sovint, beneficia la persona i és un primer pas per a ajudar-la a afrontar la malaltia. A les persones també els cal revisar el que poden fer o no poden fer per culpa de l'artritis».

F. J. Turner (1976). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work* (pàg. 351). Nova York: Free Press.

Quin paper exerceix la família de la persona amb un diagnòstic mèdic d'artritis? L'autor destaca l'habitual falta de comprensió pel que fa a les seves limitacions. Per això, un primer pas que cal seguir amb la família és explicar-los el que implica el diagnòstic d'artritis i el que comporta per a la persona que en pateix i indirectament el que pot comportar per a ells. Una tècnica d'intervenció és preparar una sessió en què la família i la persona malalta parlen de les seves sensacions, de les seves percepcions. Cadascun coneix més l'altre en aquesta nova etapa que es conforma.

Un altre exemple pot ser el de les persones que han tingut un accident vascular cerebral. Turner n'escriu el següent:

«Moltes d'aquestes persones requereixen hospitalització per a una rehabilitació terapèutica extensiva, incloent-hi teràpies físiques, de la parla i ocupacionals. Per a unes, la recompensa de setmanes d'esforç físic i emocional és tornar a casa amb la família i els amics. Per a d'altres, les llargues hores de lluita les deixen en un centre de cures o una casa de repòs; fins i tot n'hi ha que estan confinades indefinidament, potser permanentment, en hospitals per a malalts crònics. Per a satisfer les necessitats dels malalts severament limitats, els treballadors socials han fet servir les habilitats del treball social de casos. El 1961, Esther White va descriure les dificultats del treball social sanitari de casos en els primers estadis de la malaltia, i va fer notar que els pacients sovint no parlen ni amb l'equip ni amb la família, com ho fan amb altres pacients en àrees relacionades amb la seva malaltia. Ella va atribuir aquesta pèrdua a una por doble per part del malalt: una por d'enemistar-se amb l'equip pels comentaris negatius i una por de confirmar en el seu propi pensament allò de què tenien més por ells sobre la malaltia. Hi ha altres escriptors que han observat reaccions a la malaltia, i han esmentat l'ansietat i la depressió, i també

els danys a l'autoestima de la persona, moltes de les quals s'aïllen de les altres persones que les envolten. Aïllat, el pacient pot sentir la seva condició com a única, que els altres, especialment els que estan bé, són incapaços de comprendre la seva dificultat i incapaços d'ajudar-lo. Per a aquest tipus de pacients, el treball social de casos al principi de l'hospitalització pot tenir un valor limitat. Una alternativa al mètode de tractament és, per descomptat, el grup [...]».

F. J. Turner (1976). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work* (pàg. 541 i 542). Nova York: Free Press.

Així, successivament veiem que, en cada topologia de malaltia, el pronòstic sobretot crea en les persones conductes, reaccions, sentiments, fugides que els equips de treball social sanitari anem observant i mitjançant recerca aplicada n'anem sabent la freqüència i la incidència. Això, alhora, ens permet de delinear un esquema de treball que apunta en cada cas accions i intervencions que són diferents.

Per exemple, hem vist *grosso modo* que la intervenció amb una persona que pateix d'artritis és diferent sempre des del treball social sanitari de la intervenció amb una persona que ha tingut un accident vascular cerebral, i aquesta diferència es trasllada a la intervenció amb la família.

Aquesta particularitat de la malaltia, com veiem amb aquests dos exemples, genera particularitats en l'esfera de l'àmbit psicosocial i de la intervenció des del treball social sanitari. Per descomptat, si ens limitem a gestionar amb els serveis socials un recurs social de suport, tots aquests matisos es perden.

Si aquests dos pacients arribessin a necessitar suport domiciliari dels serveis socials, aquesta particularitat tractada dins la nostra intervenció com a equips de treball social sanitari, en aquest cas des de l'hospitalització, l'hauria de continuar el equip de treball social sanitari de l'atenció primària, que és l'especialista que coneix aquestes diferències entre una persona amb artritis i una persona amb un accident vascular cerebral.

El treballador social sanitari, ell o ella, d'atenció primària adequadament format és qui supervisarà el servei domiciliari prestat des dels serveis socials.

Aquest model assistencial cerca el benestar emocional, psíquic i relacional de la persona, cerca la continuïtat del tractament social, i per a això s'ha de tenir el mateix màxim coneixement de la malaltia i dels efectes que té en el camp social. Aquest detall és sens dubte un dels punts forts del treball social sanitari, aquest coneixement dels efectes desintegradors que pot causar la malaltia. Pel fet, però, de ser en el camp social no podem determinar que totes les persones ateses amb una o altra malaltia desenvoluparan aquests sentiments, aquestes conductes; solament hem d'estar alerta i saber que aquestes conductes, aquestes actituds, es poden desenvolupar.

Llavors és quan ens hi podem avançar i transmetre a aquelles persones la reacció que sabem que han tingut algunes altres.

2. Aplicació de la definició de diagnòstic social sanitari a un cas real

No som prescriptors socials, prestem serveis de treball social sanitari, i per a això ens basem en el diagnòstic social sanitari. La renúncia a aquesta premissa és la renúncia a la identitat i al rigor professional.

A continuació, s'exposa el diagnòstic social sanitari d'un cas real, si bé, per raons de confidencialitat, s'ha modificat aquella informació que podia identificar els protagonistes. Després del diagnòstic social sanitari trobarem de nou la definició de Mary E. Richmond de *diagnòstic social*, a la qual podem afegir sense risc a alterar la història *sanitària*, i la revisió mèdica per a verificar el compliment de les parts assenyalades en la definició.

Cas Sr. Jacint

«El Sr. Jacint, de 81 anys, viu sol amb la seva esposa, la Sra. Laura, de la mateixa edat. El seu domicili habitual està en un petit poble a 10 km d'una gran ciutat. El Sr. Jacint va ingressar a la unitat de psicogeriatría de la Fundació Altamira per a exploració diagnòstica i tractament procedent de l'àrea d'observació de les urgències de l'Hospital Sant Martín, on va ser atès 24 hores abans com a conseqüència d'una caiguda de la qual es desconeixen les causes. La seva filla, la Sra. Marisa, el va trobar a terra de la cambra de bany de la casa familiar. No se sap el temps que el Sr. Jacint va romandre en aquesta situació, ell no ho recorda, però l'última persona que el va veure, el va deixar a les 21 hores. La filla el va trobar sobre les 12 h de l'endemà.

Al moment de la caiguda, el Sr. Jacint es trobava sol a casa. Fet excepcional, ja que viu amb la seva esposa la Sra. Laura, que estava ingressada una nit per una descompensació bioquímica que li va provocar un desmai. A la caiguda va patir una fissura del septe nasal i, encara que havia de tornar a casa a la tarda, el resultat de l'analítica va recomanar mantenir-la ingressada fins a l'endemà. Va ser durant aquesta nit quan el Sr. Jacint va patir la caiguda.

Des de fa anys, el Sr. Jacint pateix una sordesa que li impedeix mantenir una conversa organitzada i lògica. La seva demència, fins ara no diagnosticada però evident, afegeix dèficits cognitius al seu funcionament social. L'esposa, a la qual li costa comprendre l'abast de la malaltia, actua de mediadora entre ell i les altres persones del seu entorn, si bé, de vegades, li disgusta el rol perquè pensa que ell la manipula. Altres vegades, ell contesta a l'interlocutor sense entendre el que aquest li hagi dit. Respon segons li sembla i això genera grans discussions impossibles d'aclarir.

Diàriament l'esposa s'ocupa de la casa, de l'hort, de la compra, dels comptes bancaris, sempre sota la "pseudosupervisió" del Sr. Jacint; *pseudo*, perquè les seves capacitats estan molt deteriorades per a realitzar determinats anàlisis. La relació entre tots dos sempre ha estat tibant i les discussions sobre qualsevol assumpte, freqüents. Ell és el dominant, si bé ella també mostra un caràcter fort. Fa més de seixanta anys que estan casats i, malgrat la mala relació, en cap moment, segons diu la filla, el matrimoni s'ha plantejat la separació. L'esposa assumeix el seu rol de cuidadora principal, si bé presenta un clar *burnout*.

La seva filla Marisa, de 55 anys, viu en una altra localitat, a 70 km del poble dels seus pares, i per les seves responsabilitats professionals viatja molt, si bé manté contacte diari amb ells diverses vegades al dia. La relació amb el seu pare i la seva mare és molt estreta, encara que es veuen poc.

Segons refereixen l'esposa i la filla, el Sr. Jacint de sempre ha tingut un caràcter autoritari i controlador, aguditzat en els últims anys, i cada vegada és més difícil la convivència dins de la casa i amb els veïns, als quals insulta amb qualsevol pretext. Amb

alguns s'ha trencat la relació, fins i tot ha estat necessària una intervenció mediatora per part de l'Ajuntament.

El Sr. Jacint ha estat un fanàtic dels cotxes i les motos, tots dos vehicles de luxe, fins arribar al punt d'hipotecar l'habitatge familiar per a satisfer el seu impuls consumista. El pagament d'aquest deute redueix considerablement els ingressos familiars, que, si bé poden satisfer les despeses que es van presentant, no permeten extrems. L'economia familiar depèn dels ingressos del Sr. Jacint.

Des de fa més de dos anys, el Sr. Jacint s'ha negat a acudir a les cites mèdiques de psicogeriatría, per la qual cosa no ha tingut cap seguiment mèdic. Ho manifesten l'esposa i la filla, i consta a les agendes del centre sanitari. La situació, sempre segons la descriuen elles, és de tensió constant generada i alimentada pel comportament antisocial del Sr. Jacint, que cada vegada més presenta una intensa violència verbal. Això ha començat a minvar l'autoestima de l'esposa.

Segons manifesta l'esposa, mai hi ha hagut violència física, sí verbal i, pel que explica, encara que ella no ho assenyala, maltractament psicològic basat en el menyspreu constant a qualsevol tasca o iniciativa. Tot i que la filla li explica en què consisteix la malaltia del pare, té dificultats per a comprendre l'abast i les conseqüències de la malaltia.

La família, esposa i filla, li donen suport i l'ajuden en tots els problemes que el seu comportament va generant.

Des de la unitat de psicogeriatría es planteja el retorn a casa, però no de manera imminent, ja que segueix patint episodis de molt d'enuig, sobretot quan l'esposa se'n va després de visitar-lo. És de preveure que l'estat general del Sr. Jacint vagi empitjorant.

La intervenció s'ha de basar en el model de gestió de cas i integrar els agents de la unitat de psicogeriatría (de la medicina de família, de la infermeria i del treball social sanitari); els professionals del centre de salut (el metge de família, la treballadora social sanitària i la infermera); els professionals dels serveis socials (la treballadora social i la treballadora familiar), i els professionals de suport privat (cuidadora particular).

La família compta amb recursos propis intel·lectuals per a anar gestionant la situació segons es vagin donant els esdeveniments, però per a evitar el col·lapse s'ha de garantir un seguiment a tall de supervisió que permeti actuar quan s'observi qualsevol descompensació.

El tractament de treball social sanitari es basarà en els serveis següents:

Durant l'hospitalització:

- Servei de suport psicosocial al malalt per a minimitzar el sentiment de sentir-se abandonat a la unitat.
- Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal, l'esposa, per a ajudar-la a comprendre l'abast de la malaltia.
- Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal per a la presa de consciència de necessitat d'ajuda al domicili.
- Servei de suport psicosocial a la filla per a minimitzar els sentiments de culpabilitat per la seva impossibilitat de visitar el seu pare amb freqüència.

Després de l'alta:

- Servei de suport psicosocial al malalt per a reforçar la importància de les preses de la medicació.
 - SAD municipal i SAD privat.
- Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal per a ajudar-la a elaborar el dol de la pèrdua de capacitats del seu espòs.
- Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal per a garantir la higiene de la persona malalta.
 - SAD municipal i SAD privat.
- Supervisió setmanal del cas per part de la gestora de cas».

Seguint amb l'exercici proposat, ara s'exposa la definició de *diagnòstic social* oferta per Mary E. Richmond. Encara que és de sobra coneguda, això no és obstacle per a recordar-la una vegada més, prestant especial atenció a les seves diferents parts. Defineix Mary E. Richmond el diagnòstic social com segueix:

«El diagnòstic social és l'intent de fer una definició, el més exacta possible, de la situació i personalitat d'un ésser humà amb alguna necessitat social. És a dir, en relació amb altres éssers humans dels quals d'alguna manera depèn, o els que d'alguna manera en depenen i en relació també amb les institucions socials de la seva comunitat. [...] El bon diagnòstic social inclou tots els factors principals que suporten el camí de reconstrucció social, emfatitzant els trets que indiquen el tractament a seguir. Aquest èmfasi del treballador ha d'evitar predisposar-lo cap a algun factor causal del distúrbio».

Referència bibliogràfica

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pàg. 357). Nova York: Russel Sage Foundation.

Per a elaborar el diagnòstic social sanitari, què es necessita? Informació veraç i verificada dels fets, inclòs el diagnòstic mèdic i d'altres. Això requereix acudir a fonts i diverses entrevistes per a anar observant els efectes i la coherència entre el que han dit les persones i les actituds finals. Però es necessita el coneixement del que suposa aquella malaltia, aquella circumstància, en la vida de la persona, coneixement avalat per recerques i evidències científiques.

Una altra pregunta és: què se'n sap? D'una banda, hi ha la persona malalta, el seu diagnòstic mèdic, un pronòstic mèdic, la seva vivència de la malaltia i els efectes previstos. De l'altra, les persones amb les que es relaciona, la tipologia i qualitat de les relacions, les dependències que ha generat. I les vivències de cadascuna considerant l'afectació psicosocial del diagnòstic mèdic. En paral·lel, els recursos propis de la persona i de la seva família, les mancances, així com els recursos i programes que la persona té a l'abast a la seva comunitat. Aquest punt és tan important com els recursos propis. Finalment, els serveis es prestaran per a recuperar la màxima autonomia dins de les seves limitacions. Aplicant el codi deontològic, s'ha d'evitar el perjudici.

2.1. El reconeixement sistemàtic del diagnòstic social sanitari del cas i definició i creació del mapa de la gestió del cas

Després de la definició, a continuació s'analitzarà si el diagnòstic social sanitari presentat compleix amb les parts. A la taula següent, a la columna de l'esquerra es presenta la definició de Mary E. Richmond atomitzada, desagregada en les parts que han d'incloure els diferents continguts del diagnòstic social real que és motiu d'estudi i que és a la columna de la dreta.

Taula 4. Desglossament de la definició de *diagnòstic social* de Mary E. Richmond i verificació de les parts de l'exemple presentat

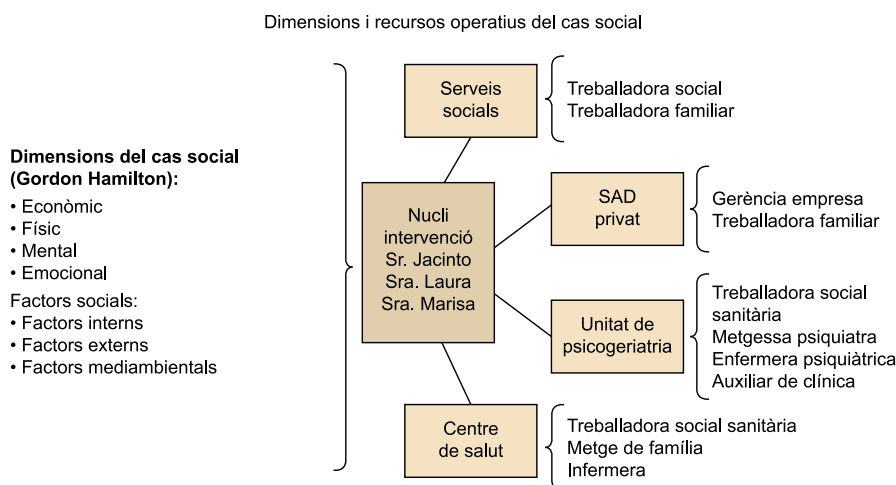
Definició de diagnòstic social sanitari	Diagnòstic social sanitari
... és l'intent de fer una definició, el més exacta possible, de la situació i personalitat d'un ésser humà amb alguna necessitat social...	<p>El Sr. Jacint, de 81 anys, viu sol amb la seva esposa, la Sra. Laura, de la mateixa edat. El seu domicili habitual està en un petit poble a 10 km d'una gran ciutat. El Sr. Jacint va ingressar a la unitat de psicogeriatría de la Fundació Altamira per a exploració diagnòstica i tractament procedent de l'àrea d'observació de les urgències de l'Hospital Sant Martí, on va ser atès 24 hores abans com a conseqüència d'una caiguda de la qual es desconeixen les causes. La seva filla, la Sra. Marisa, el va trobar a terra de la cambra de bany de la casa familiar. No se sap el temps que el Sr. Jacint va romandre en aquesta situació, ell no ho recorda, però l'última persona que el va veure, el va deixar a les 21 hores. La filla el va trobar sobre les 12 h de l'endemà.</p> <p>Al moment de la caiguda, el Sr. Jacint es trobava sol a casa. Fet excepcional, ja que viu amb la seva esposa la Sra. Laura, que estava ingressada una nit per una descompensació bioquímica que li va provocar un desmai. A la caiguda va patir una fissura del septe nasal i encara que havia de tornar a casa a la tarda, el resultat de l'anàlisi va recomanar mantenir-la ingressada fins a l'endemà. Va ser durant aquesta nit quan el Sr. Jacint va patir la caiguda.</p>
... Això és, en relació amb altres éssers humans dels quals d'alguna manera depèn...	<p>Des de fa anys, el Sr. Jacint pateix una sordesa que li impedeix mantenir una conversa organitzada i lògica. La seva demència, fins ara no diagnosticada però evident, afegeix dèficits cognitius al seu funcionament social. L'esposa, a la qual li costa comprendre l'abast de la malaltia, actua de mediadora entre ell i les altres persones del seu entorn, si bé, de vegades, li disgusta el rol perquè pensa que ell la manipula. Altres vegades, ell contesta a l'interlocutor sense entendre el que aquest li hagi dit. Respon segons li sembla i això genera grans discussions impossibles d'aclarir.</p> <p>Diàriament l'esposa s'ocupa de la casa, de l'hort, de la compra, dels comptes bancaris, sempre sota la «pseudosupervisió» del Sr. Jacint; <i>pseudo</i>, perquè les seves capacitats estan molt deteriorades per a realitzar determinats anàlisis. La relació entre tots dos sempre ha estat tibant i les discussions sobre qualsevol assumpte, freqüents. Ell és el dominant, si bé ella també mostra un caràcter fort. Fa més de seixanta anys que estan casats i, malgrat la mala relació, en cap moment, segons diu la filla, el matrimoni s'ha plantejat la separació. L'esposa assumeix el seu rol de cuidadora principal, si bé presenta un clar <i>burnout</i>.</p>
... o els que d'alguna manera en depenen...	<p>El Sr. Jacint ha estat un fanàtic dels cotxes i les motos, tots dos vehicles de luxe, fins a arribar al punt d'hipotecar l'habitatge familiar per a satisfer el seu impuls consumista. El pagament d'aquest deute redueix considerablement els ingressos familiars, que, si bé poden satisfer les despeses que es van presentant, no permeten altres. L'economia familiar depèn dels ingressos del Sr. Jacint.</p>
... i en relació també amb les institucions socials de la seva comunitat...	<p>Des de fa més de dos anys, el Sr. Jacint s'ha negat a acudir a les cites mèdiques de psicogeriatría, per la qual cosa no ha tingut cap seguiment mèdic. Ho manifesten l'esposa i la filla, i consta a les agendes del centre sanitari. La situació, sempre segons la descriuen elles, és de tensió constant generada i alimentada pel comportament antisocial del Sr. Jacint, que cada vegada més presenta una intensa violència verbal. Això ha començat a minvar l'autoestima de l'esposa. Segons manifesta l'esposa, mai hi ha hagut violència física, sí verbal i, pel que explica, encara que ella no ho assenyala, maltractament psicològic basat en el menyspreu constant a qualsevol tasca o iniciativa. Encara que la filla li explica en què consisteix la malaltia del pare, té dificultats per a comprendre l'abast i les conseqüències de la malaltia.</p> <p>La família, esposa i filla, li donen suport i l'ajuden en tots els problemes que el seu comportament va generant.</p>
tots els factors principals que suporten el camí de reconstrucció social,	<p>La intervenció s'ha de basar en el model de gestió de cas i integrar els agents de la unitat de psicogeriatría (la metgessa psiquiatra, la treballadora social sanitària, la infermera i l'auxiliar); els col·lectius professionals del centre de salut (de la medicina de família, de la infermeria i del treball social sanitari); els professionals dels serveis socials (la treballadora social i la treballadora familiar), i els professionals de suport privat (cuidadora particular).</p>

Definició de diagnòstic social sanitari	Diagnòstic social sanitari
<p>emfatitzant els trets que indiquen el tractament a seguir.</p>	<p>La família compta amb recursos propis intel·lectuals per a anar gestionant la situació segons es vagin donant els esdeveniments, però per a evitar el col·lapse s'ha de garantir un seguiment a tall de supervisió que permeti actuar quan s'observi qualsevol descompensació.</p> <p>El tractament de treball social sanitari es basarà en els serveis següents:</p> <p>Durant l'hospitalització:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servei de suport psicosocial al malalt per a minimitzar el sentiment de sentir-se abandonat a la unitat. • Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal, l'esposa, per a ajudar-la a comprendre l'abast de la malaltia. • Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal per a la presa de consciència de necessitat d'ajuda al domicili. • Servei de suport psicosocial a la filla per a minimitzar els sentiments de culpabilitat per la seva impossibilitat de visitar el seu pare amb freqüència. <p>Després de l'alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servei de suport psicosocial al malalt per a reforçar la importància de les preses de la medicació. <ul style="list-style-type: none"> – SAD municipal i SAD privat. • Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal per a ajudar-la a elaborar el dol de la pèrdua de capacitats del seu espòs. • Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal per a garantir la higiene de la persona malalta. <ul style="list-style-type: none"> – SAD municipal i SAD privat. • Supervisió setmanal del cas per part de la gestora de cas.

L'exemple posa en relleu que compleix amb les parts de la definició de Mary E. Richmond. Aquest és un aval del contingut d'acord amb els cànons establerts pel corpus teòric del treball social sanitari.

Segueix el mapa conceptual sobre el qual se sosté la gestió d'aquest cas generat per la caiguda i l'ingrés del Sr. Jacint en una unitat de psicogeriatria a punt de rebre l'alta hospitalària. Si bé la gestió de casos s'aborda en una segona part, aquí procedeix realitzar l'exercici complet per a mostrar com es planteja en la pràctica aquest cas real.

Figura 2. Dimensions i recursos operatius bàsics del cas social sanitari a partir del diagnòstic social sanitari



Font: elaboració pròpia.

Si bé es tracta d'un mapa bàsic, permet avançar el mecanisme operatiu que vincula el diagnòstic social sanitari a la gestió del cas. Aquest mapa també es troba en el mòdul de gestió de casos.

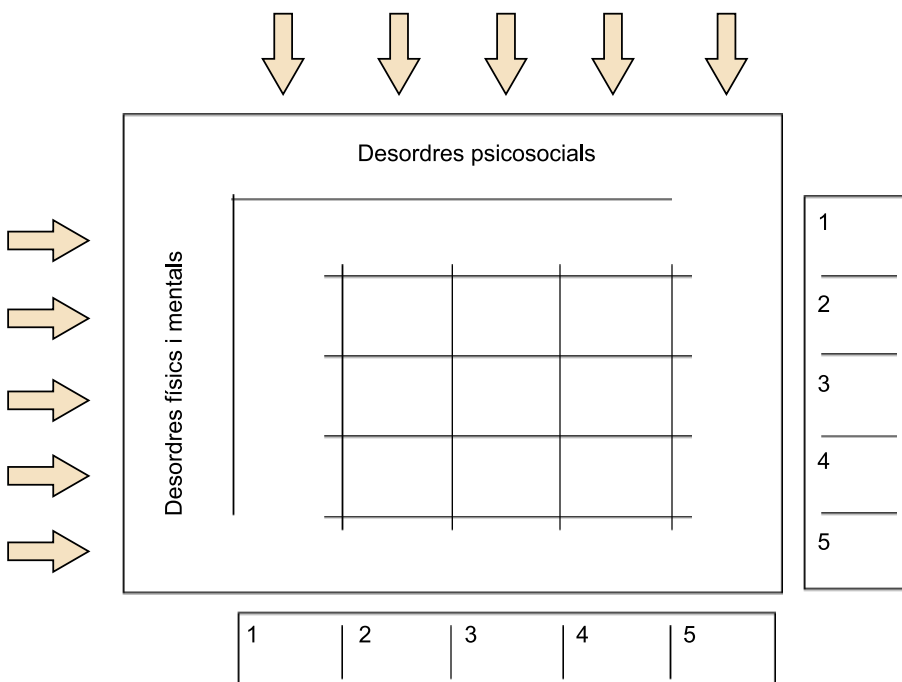
3. L'estructura matricial del diagnòstic social sanitari

En el punt anterior, les teories de Hollis, Woods i Turner ens permeten de crear una analogia amb l'anomenada *estructura d'organització matricial* aplicada als establiments i caracteritzada per la doble dependència jeràrquica (de la direcció de l'establiment segons l'organigrama) i funcional o de projecte (de la direcció de projecte). En aquest cas, parlariem d'informació que arriba dins aquesta estructura. El diagnòstic social sanitari sempre es conforma sobre aquesta doble entrada d'informació:

- La relativa als desordres físics i psíquics, la malaltia, l'evolució que té, les necessitats d'atenció, el pronòstic. La penetració en l'àmbit social. La vivència i les actituds que genera en la persona malalta. La causant de l'entrada en el sistema sanitari.
- La relativa als desordres psicosocials, el seu entorn, la seva xarxa natural de suport, les seves responsabilitats, etc. La que propicia o inhibeix aspectes de la primera.

Per a il·lustrar el concepte, agafem la figura 3, que representa gràficament aquesta doble entrada d'informació. A més, l'analitzarem en funció d'una segona variable qualitativa, la gravetat de cada fet i element.

Figura 3. Gràfic per a recollir els desordres



Afegim a això que el model social es distingeix del model mèdic en el fet que considera els aspectes positius continguts en el cas social sanitari.

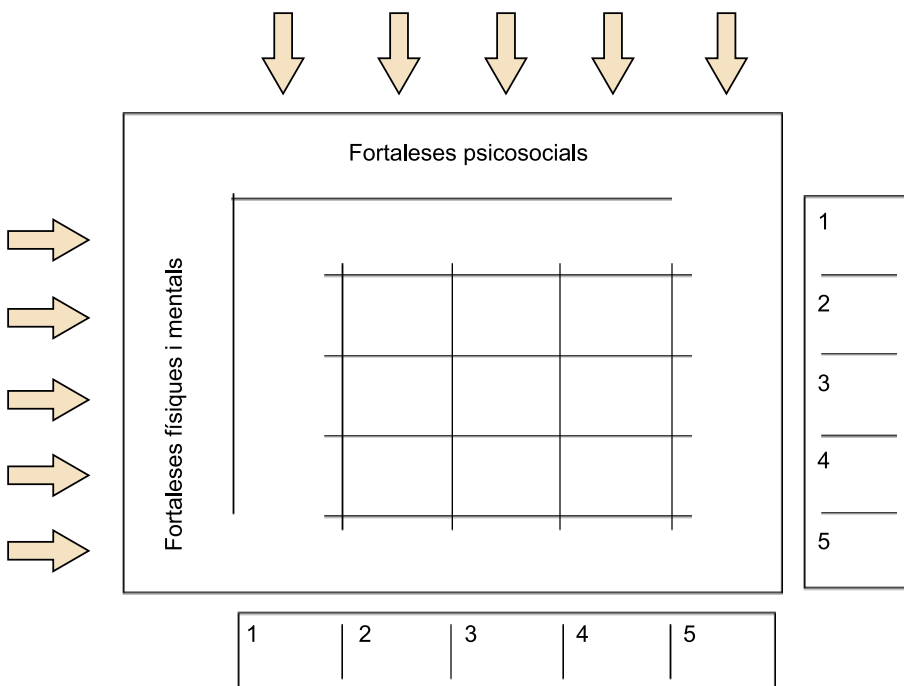
Trobem una explicació il·lustrativa sobre el model mèdic i el model social en el document de la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF) aprovat per la 54a. Assemblea Mundial de la Salut el 2001, els antecedents de la qual es recolzen en la Classificació internacional de deficiències, discapacitats i minusvalideses (CIDDM), publicada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el 1980.

Referència bibliogràfica

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [versión abreviada]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Partint d'això i de la importància que adquireixen en el model social els aspectes positius, els aspectes possibilitadors, recordem Richmond parlant de **factors**, com va fer més endavant Hamilton, en paral·lel. A part dels aspectes disruptius emplenarem, a més de la figura 3, la figura 4. Com a professionals del treball social sanitari hem de considerar els aspectes positius de cada cas. En aquest punt ens centrem en els **factors** com a elements possibilitadors.

Figura 4. Gràfic per a recollir les fortaleces



Aquesta eina senzilla (figura 3 i 4) permet un registre individualitzat dels fets i els riscos, i també els punts a favor.

4. Sistema d'informació per a construir el diagnòstic social sanitari

Breument, situarem el concepte de *sistema d'informació* dins el marc legal estatal perquè compreguem el valor i sentit d'aquesta eina avui dia indispensable per a l'activitat professional i l'activitat de recerca.

4.1. El sistema d'informació en el marc legal estatal

Els sistemes d'informació formen part de l'escenari del sistema sanitari des de fa molts anys. El 1987 el Consell Interterritorial va aprovar al Ministeri de Sanitat un conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) a l'alta hospitalària; el 1997 s'aprova el projecte d'anàlisi i de desenvolupament dels grups diagnòstics relacionats (GDR) en el Sistema Nacional de Salut. Els sistemes d'informació es van sofisticant cada vegada més, i es converteixen en un suport a la gestió i a la millora de la qualitat. A més, però, la funció que fan és recollida per la llei. El capítol V, «Del sistema d'informació sanitària», de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut diu el següent en la secció I, que comença per l'article 53:

«El Ministeri de Sanitat i Consum ha d'establir un sistema d'informació sanitària del Sistema Nacional de Salut que garanteixi la disponibilitat de la informació i la comunicació recíproques entre les administracions sanitàries [...]».

L'objectiu general del sistema d'informació sanitària del Sistema Nacional de Salut és respondre a les necessitats dels col·lectius següents, amb la finalitat que, en cada cas, s'indica:

- a) **Autoritats sanitàries:** la informació ha d'afavorir l'elaboració de polítiques i la presa de decisions, donant-hi informació actualitzada i comparativa de la situació i l'evolució del Sistema Nacional de Salut.
- b) **Professionals:** la informació ha d'anar adreçada a millorar els seus coneixements i les seves aptituds clíniques. Ha d'incloure directors, resultats d'estudis, avaluacions de medicaments, productes sanitaris i tecnologies, anàlisis de bones pràctiques, guies clíniques, recomanacions i recollida de suggeriments.
- c) **Ciutadans:** ha de contenir informació sobre els seus drets i deures i els riscos per a la salut, ha de facilitar la presa de decisions sobre el seu estil de vida, pràctiques d'autocura i ús dels serveis sanitaris i ha d'oferir la possibilitat de formular suggeriments dels aspectes esmentats.
- d) **Organitzacions i associacions en l'àmbit sanitari:** ha de contenir informació sobre les associacions de pacients i familiars, d'organitzacions no governamentals que actuïn en l'àmbit sanitari i de societats científiques, amb la finalitat de promoure la participació de la societat civil en el Sistema Nacional de Salut.

Queda palesa, doncs, la importància actual dels sistemes d'informació sanitària per a contribuir a millorar les prestacions, les tècniques i els procediments del sistema sanitari donant suport a una de les funcions més importants, la recerca aplicada. La unitat de treball social sanitari segueix, doncs, aquestes directrius que assenyala el marc legal general.

Referència bibliogràfica

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

4.2. Sistema d'informació: instrument de suport per a l'estudi i elaboració del diagnòstic social sanitari

Una part del text recolza en la recerca que ha fet l'autora sobre el diagnòstic social sanitari, si bé ja ha estat revisada àmpliament i tornada a adequar.

La majoria dels professionals del treball social sanitari estem preocupats per l'emissió diagnòstica. Precisament la unicitat de cada cas obliga a fer que ens hàgim de recolzar en circumstàncies socials comunes a altres casos i per mitjà de la recerca aplicada en el nostre servei anar avançant en la identificació dels itineraris possibles.

Per exemple, una dona de vuitanta-cinc anys que viu sola i ingressa d'urgència per una desnutrició. Quines són les circumstàncies socials que acompanyen aquest ingrés hospitalari? Tenir vuitanta-cinc anys és un indicador de risc, però unit a la desnutrició permet de fer aflorar una falta de cura, amb la qual cosa, juntament amb el fet que viu sola, ens trobem amb una falta d'autocura. El primer que hem de saber és com descriu ella mateixa la seva situació, quin grau de consciència té de la implicació de la seva actitud en la desnutrició.

- Viu sola però té fills que la poden ajudar?
- Viu sola i té fills però no s'hi relaciona? Per què?
- Viu temporalment sola?
- Quines relacions socials té?
- I un llarg etcètera.

Aquestes circumstàncies socials les convertirem, de mica en mica, en objecte d'estudi, però per a això haurem d'acumular un nombre de casos suficient que permeti d'establir les primeres distribucions fidedignes. Mentre això no s'esdevingui parlarem d'hipòtesis. L'instrument diagnòstic que proposem és una segona revisió del presentat el 2008 dins la recerca *El diagnòstic social sanitari*. Hem de saber que qualsevol instrument requereix un temps de repòs i revisió. L'oportunitat del postgrau de Treball social sanitari ha permès d'oferir aquesta segona revisió.

Ens basem en el model biopsicosocial, i per això ens trobem amb una primera classificació: informació referida al camp biosocial, informació referida al camp psicosocial i informació referida al camp social. Aquest ordre està justificat pel terme mateix però no obliga a seguir-ne la seqüència. En aquest cas no és un procediment, sinó un instrument de treball que s'ha de gestionar d'acord amb cada cas. És un instrument de recollida d'evidències.

Taula 5

Identificació del cas social sanitari	Motiu de l'atenció: en l'exposició de motius hi trobem el que preocupa la persona, la seva família.	
--	---	--

Demanda inicial	Demanda literal: la recollim tal com l'expressa la persona o el professional que ha motivat de començar l'estudi social. Recordem Richmond.	Qui fa la demanda? Persona afectada. Família. Tots dos. Altres.
Demanda de la persona afectada	Demanda literal de la persona afectada o de la seva família o exposició del problema. Ens informa com pensen la persona i/o la seva família que es resoluria la seva situació de problema o necessitat.	
Actitud primera	Observem l'actitud de la persona i de la seva família: tenen por?, escolten?, comprenen el que els diem?, s'impliquen en el que els competeix?, rebutgen la realitat?, es mostren agressius?, es mostren passius? Hem de deixar que s'expressin i es manifestin. Si els atabalem amb les preguntes condicionarem la informació que ens donaran.	Hem d'anotar totes les observacions.

Taula 6. Àmbit biosocial

Dimensió	Variables/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Diagnòstic	1) Diagnòstic mèdic principal. 2) Diagnòstics mèdics secundaris.	1) Segons la classificació emprada. 2) Segons la classificació emprada.
Diagnòstic	3) Diagnòstic d'infermeria.	3) Segons la classificació emprada.
Diagnòstic	4) Altres diagnòstics d'interès: psicologia, rehabilitació, fisioteràpia.	4)
Autonomia física	5) Segons el personal sanitari. • Hem de saber com descriu l'autonomia física de la persona el personal sanitari, ja que ens hem de recolzar en aquest potencial per a evitar així de caure en contradiccions diagnòstiques. Per exemple, a una persona que requereixi repòs no li podem recomanar una passejada cada dia.	5) 5.1. Necessita ajuda per a... (segons l'instrument emprat). 5.2. No necessita ajuda per a... 5.3. Hi ha informes mèdics que ho certifiquen.
Autonomia física	6) Segons la persona. • Hem de saber com s'autoavalua la persona pel que fa a l'autonomia física. La informació que ja tenim del personal sanitari ens permet de gestionar aquesta vivència i el seu grau d'adequació a la realitat. Quines activitats físiques fa, la persona? Les podrà continuar fent? Si es produeix un canvi, com el vivència?	6) 6.1. Necessita ajuda per a... 6.2. No necessita ajuda per a...
Autonomia física	7) Segons la família. • És bàsic, per la influència que sol exercir en la recuperació o convalsència, conèixer el punt de vista de la família sobre això. Una família que pensi que la persona no pot fer determinades funcions no l'animarà a fer-les.	7) 7.1. Necessita ajuda per a... 7.2. No necessita ajuda per a...
Pronòstic mèdic	8) És de preveure que millorin les condicions actuals de la persona afectada? • El pronòstic és bàsic perquè la nostra feina sigui eficaç i no entri en contradicció amb les limitacions que pugui tenir la persona d'ara endavant.	8) 8.1. Sí, i no necessita suports formals. 8.2. Sí, i necessita suports formals temporals o indefinits. 8.3. No, però té suport social. 8.4. No: encara que té suport social, és insuficient. 8.5. Cal esperar l'evolució física i psíquica.
Pronòstic d'altres professionals	9) És de preveure que millorin les condicions actuals de la persona afectada? • La interdisciplinarietat ens requereix que sapiguem a més el pronòstic d'altres àrees d'atenció (rehabilitació, psicologia, etc.).	9) 9.1. Sí. 9.2. No. 9.3. Cal esperar l'evolució física o psíquica.

Dimensió	Variables/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Previsió de cures	<p>10) Necessita atenció social domiciliària?</p> <ul style="list-style-type: none"> No hem de veure l'atenció social com una cosa desvinculada del tractament social que proposarem. En el treball social sanitari, l'ús de recursos externs està vinculat al mateix pla de treball i tractament social. 	<p>10)</p> <p>10.1. Sí, temporal.</p> <p>10.2. Sí, indefinida.</p> <p>10.3. Sí, però el domicili no reuneix prou condicions.</p> <p>10.4. No.</p>
Previsió de cures	<p>11) Necessita atenció sanitària domiciliària?</p> <ul style="list-style-type: none"> En aquest cas parlem de la continuïtat assistencial. 	<p>11)</p> <p>11.1. Sí, temporal.</p> <p>11.2. Sí, indefinida.</p> <p>11.3. Sí, però el domicili no reuneix prou condicions.</p> <p>11.4. No.</p>
Malalties cròniques	<p>12) Té cap malaltia crònica o degenerativa que en un futur immediat la limiti en la vida diària?</p> <ul style="list-style-type: none"> Per a ajustar el nostre pla de treball a la realitat possible hem de saber si hi ha impediments ir-reconciliables. 	<p>12)</p> <p>12.1. Sí.</p> <p>12.2. No.</p> <p>12.3. No se'n té informació.</p>
Malalties cròniques	<p>13) Hi ha cap membre de la seva família que tingui una malaltia crònica o degenerativa que en un futur immediat la limiti en la vida diària?</p> <ul style="list-style-type: none"> La malaltia d'altres membres de la família pot causar grans alteracions en la recuperació de la persona. 	<p>13)</p> <p>13.1. Sí.</p> <p>13.2. No.</p> <p>13.3. No se'n té informació.</p>

Taula 7. Àmbit psicosocial

Dimensió	Variables/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Vivència de la situació actual de la malaltia	<p>14) On centra la dificultat o dificultats la persona?</p> <ul style="list-style-type: none"> Totes les teories donen un valor intrínsec a la manera com la persona expressa la seva vivència perquè és per aquesta vivència que haurem de començar la gestió. 	<p>14)</p> <p>14.1. No es pot determinar.</p> <p>14.2. Soledad, aïllament.</p> <p>14.3. Cures continuades.</p> <p>14.4. Molèstia per als seus.</p> <p>14.5. Alimentació, dieta, nutrició.</p> <p>14.6. Economia familiar.</p> <p>14.7. Relacions familiars.</p> <p>14.8. Àmbit laboral.</p> <p>14.9. Habitatge inadequat.</p> <p>14.10. Altres.</p>
Vivència de la situació actual de la malaltia	<p>15) Partint de l'evidència del treballador social, com viu la situació actual la persona afectada?</p> <ul style="list-style-type: none"> Una part del tractament social es pot veure compromès per la desproporció, pel desajust entre la realitat i la percepció de la persona. 	<p>15)</p> <p>15.1. Té una gran afectació.</p> <p>15.2. Manté una actitud passiva.</p> <p>15.3. Es nega a acceptar pautes professionals.</p> <p>15.4. Nega la situació.</p> <p>15.5. No es vol comunicar.</p> <p>15.6. Expressa sentiment de solitud.</p> <p>15.7. Es mostra indiferent.</p> <p>15.8. No es veu especialment afectada.</p> <p>15.9. No es pot comunicar o expressar.</p>
Vivència de la situació actual de la malaltia	<p>16) L'evidència observada pel treballador social sanitari, coincideix amb el relat que fa la persona o la seva família?</p> <ul style="list-style-type: none"> La falta de coincidència ja inclou en el tractament la gestió d'aquest desacord. 	<p>16)</p> <p>16.1. Sí.</p> <p>16.2. No.</p>

Dimensió	Variables/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Vivència de la situació actual de la malaltia	17) Quina sembla que és, en les primeres entrevistes, la comprensió de la realitat? <ul style="list-style-type: none"> És un dels punts clau. El tractament social recolza en el fet que la persona tingui consciència d'on és i ho compregui. Hem canviat el terme <i>acceptació</i> per <i>comprensió</i>, ja que, com diu Richmond, hi ha situacions que no es poden acceptar. 	17) <ul style="list-style-type: none"> 17.1. Adequada. 17.2. Inadequada: desproporcionada i exagerada. 17.3. Inadequada: minimitzada. 17.4. Negació.
Vivència de la situació actual de la malaltia	18) Parla de la malaltia, de les seves limitacions amb la família? <ul style="list-style-type: none"> Ens interessa de saber el grau de comunicació de la persona malalta amb la seva família sobre la vivència de la malaltia, les possibles limitacions. Hem de saber quina actitud té la persona pel que fa a la família. 	18) <ul style="list-style-type: none"> 18.1. Manté una actitud tancada. 18.2. En parla amb la família.
Comprensió	19) La persona, comprèn i pot comprendre la situació en què es troba en l'actualitat?	19) <ul style="list-style-type: none"> 19.1. Sí. 19.2. No.
Malaltia mental	20) La persona, segueix cap tractament en salut mental? <ul style="list-style-type: none"> Això obligaria a establir un pla conjunt i supervisat per l'equip de salut mental. 	20) <ul style="list-style-type: none"> 20.1. Sí, en el mateix establiment. 20.2. Sí, en un altre. 20.3. No rep tractament psiquiàtric.
Autonomia psíquica	21) Segons el personal sanitari.	21) <ul style="list-style-type: none"> 21.1. Necessita ajuda. 21.2. No necessita ajuda.
Autonomia psíquica	22) Segons la persona.	22) <ul style="list-style-type: none"> 22.1. Necessita ajuda. 22.2. No necessita ajuda.
Autonomia psíquica	23) Segons la família.	23) <ul style="list-style-type: none"> 23.1. Necessita ajuda. 23.2. No necessita ajuda.

Taula 8. Àmbit social

Dimensió	Variables/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Família	24) Membres amb els quals conviu. 25) Membres amb els quals es relaciona més.	24) Genograma i ecograma. 25) Manca de família.
Ajuda familiar	26) Té família que el pugui ajudar? <ul style="list-style-type: none"> L'enfocament de la pregunta fa que li demanem finalment si la família que el podria ajudar l'ajuda en l'actualitat. Hem d'evitar preguntes directes que l'incomodin perquè el fan conscient de les seves precarietats. Això comportaria una interrupció entre malalt i treballador social sanitari. 	26) <ul style="list-style-type: none"> 26.1. Sí, l'ajuda (cal especificar el parentiu de qui principalment fa les cures). 26.2. Sí, però no ho pot fer per altres càrregues familiars o incapacitats. 26.3. No l'ajuda. 26.4. No necessita ajuda. 26.5. Rep ajuda de serveis públics. 26.6. Rep ajuda de serveis privats.
Família	27) La família, mostra capacitat i disposició per a la cura? <ul style="list-style-type: none"> Ens interessa sobretot si podem comptar amb la família. En cap cas no ens hem de convertir en jutges de la família. 	27) <ul style="list-style-type: none"> 27.1. Sí, tots els membres mostren predisposició a ajudar. 27.2. Sí, s'identifica clarament un cuidador principal. 27.3. El cònjuge haurà de deixar la feina. 27.4. Hi ha algun membre que deixarà de treballar. 27.5. Rebuig familiar. 27.6. No, els membres diuen que treballen i no poden compaginar les dues coses. 27.7. No, la mala relació impedeix la cura.

Dimensió	Variables/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Família	<p>28) Hi ha un risc palès que qui fa principalment les cures no pugui assumir la tasca i desisteixi de fer aquesta funció?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si bé fa uns anys l'existència de família era un alleujament per a tots els professionals, ara cada vegada fa més falta atendre les possibilitats de claudicació de qui es cuida de la persona afectada. 	<p>28)</p> <p>28.1. Sí.</p> <p>28.2. No.</p>
Relació entre el nucli de convivència	<p>29) Hi ha indicis que la seva vivència alteri les seves relacions habituals amb la família?</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuidador corre el risc de quedar-se aïllat (psíquicament i socialment) de la resta de membres de la família. Hem de fer prevenció. 	<p>29)</p> <p>29.1. Sí, les ha deteriorades i n'ha perjudicat l'evolució.</p> <p>29.2. Sí, les ha reforçades i n'ha millorat l'evolució.</p> <p>29.3. No.</p> <p>29.4. No es pot precisar.</p>
Relació entre el nucli de convivència	<p>30) La seva vivència, altera d'alguna manera les seves relacions habituals amb les amistats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si veiem cap risc que això s'esdevingui ho hem de reflectir en el dictamen. 	<p>30)</p> <p>30.1. Sí, les ha deteriorades.</p> <p>30.2. Sí, les ha reforçades.</p> <p>30.3. No.</p> <p>30.4. No respon.</p>
Amistats	<p>31) Pot diluir les relacions amistoses la malaltia?</p>	<p>31)</p>
Laboral	<p>32) Feina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ens ajuda a establir un pla de treball adequat a les seves habilitats. 	<p>32)</p> <p>32.1. No treballa: s'ha jubilat.</p> <p>32.2. No treballa: per invalidesa.</p> <p>32.3. No treballa: està a l'atur.</p> <p>32.4. No treballa: no té edat de fer-ho.</p> <p>32.5. No treballa: per altres causes.</p> <p>32.6. Treballa per compte d'altri.</p> <p>32.7. Treballa per compte propi.</p>
Laboral	<p>33) La situació actual, afecta la seva vida laboral?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informació bàsica per a valorar els factors econòmics als quals s'haurà d'enfrontar aviat. 	<p>33)</p> <p>33.1. No treballa.</p> <p>33.2. Sí: haurà de deixar la feina.</p> <p>33.3. Sí: la baixa laboral serà temporal.</p> <p>33.4. Sí: haurà de reduir responsabilitats.</p> <p>33.5. Sí: hi ha risc que perdi la feina.</p>
Econòmica	<p>34) La persona afectada, té ingressos econòmics per a afrontar les despeses que li genera la malaltia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabem que l'economia sol quedar molt afectada per la malaltia i, de vegades, traspasa la mateixa economia de la família. 	<p>34)</p> <p>34.1. Sí.</p> <p>34.2. No.</p>
Econòmica	<p>35) Afecta l'economia de la família la situació actual de malaltia de la persona afectada??</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quina manera i, sobretot pensant en el futur, durant quant de temps. 	<p>35)</p> <p>35.1. Sí: és la font principal d'ingressos.</p> <p>35.2. Sí: per les noves despeses que han d'afrontar.</p> <p>35.3. No.</p> <p>35.4. Cal esperar l'evolució.</p>
Habitatge	<p>36) L'habitatge, té les condicions necessàries per a viure-hi tenint en compte les necessitats de la persona malalta?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les condicions de salubritat de l'habitatge són una part bàsica per a la recuperació de la salut. Aquest punt vincula les unitats de treball social de diferents àmbits. 	<p>36)</p> <p>36.1. Sí: ho diu la persona afectada o la seva família.</p> <p>36.2. Sí: observació directa.</p> <p>36.3. No: ho explica la persona afectada o la seva família.</p> <p>36.4. No: observació directa.</p> <p>36.5. No, i és impossible que hi torni.</p> <p>36.6. No, però es pot adaptar.</p> <p>36.7. No té habitatge.</p>

Dimensió	Variàbles/Paràmetres	Categories a tall d'exemple
Habitatge	37) L'habitatge no té prou condicions per a viure-hi perquè... • Sempre hem d'especificar les raons.	37) 37.1. Hi ha barreres arquitectòniques. 37.2. Hi falten serveis bàsics. 37.3. No hi ha prou higiene. 37.4. Hi ha humitat per goteres. 37.5. Hi ha amenaça de ruïna. 37.6. No hi ha llum natural. 37.7. No hi ha ventilació.
Autonomia social	38) Segons el personal sanitari.	38) 38.1. Necessita ajuda. 38.2. No necessita ajuda.
Autonomia social	39) Segons la persona malalta.	39) 39.1. Necessita ajuda. 39.2. No necessita ajuda.
Autonomia social	40) Segons la família.	40) 40.1. Necessita ajuda. 40.2. No necessita ajuda.
Relació amb altres serveis sanitaris	41) Està en contacte amb cap altre treballador social?	41) 41.1. Sí. 41.2. Per quin motiu? 41.3. Hi continua en contacte? 41.4. En quina fase del tractament es troben? 41.5. No. 41.6. No se'n recorda.
Relació amb altres serveis socials	42) Està en contacte amb cap altre treballador social?	42) 42.1. Sí. 42.2. Per quin motiu? 42.3. Hi continua en contacte? 42.4. En quina fase del tractament es troben? 42.5. No. 42.6. No se'n recorda.

Taula 9

Diagnòstic social sanitari		
Síntesi diagnòstica		
Paraules clau per a circumstàncies socials		
Abandonament Abús Addicció Aïllament Alcoholisme Angoixa Absència Autonomia Barreres arquitectòniques Claudicació Conflictes	Convivència Cronicitat Demència Dependència Desordres psíquics Desordres físics Discapacitat Exclusió Incompliment Negligència Negació	Desocupació Pobresa Sobrecàrrega familiar Separació de parella Trastorns alimentaris Toxicomania Víctima Violència Habitatge insalubre
Pronòstic social sanitari		

Taula 10

Procediment d'atenció	
<p>Procediment d'atenció social sanitària professional individualitzada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informació de serveis socials. • Informació de serveis sanitaris. • Informació de serveis socio-sanitaris. • Orientació sobre gestions administratives relacionades amb pensions, salaris, ajudes econòmiques. • Orientació sobre gestions administratives relacionades amb la targeta sanitària, empadronament. • Orientació sobre gestions per a sol·licitar la valoració de la dependència. • Suport psicosocial, alleujament de l'ansietat. • Gestió dels contactes familiars. • Gestió dels contactes laborals. • Gestió dels contactes escolars. • Altres.
<p>Procediment de treball social sanitari de casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treball social de casos amb adolescents. • Treball social de casos amb població adulta. • Treball social de casos amb gent gran. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'estimula la persona malalta o la família per a reduir l'ansietat i es prenen mesures en l'entorn. • S'ajuda la persona malalta o la família per a guanyar seguretat a partir de la confiança amb el treballador social sanitari. • Es dona suport al client o la família perquè comprenguin d'una manera més real la situació a què s'enfronten i que mirarem de solucionar. • S'ajuda la persona malalta o la família a prioritzar les seves emocions embolcallades en les seves relacions personals i les seves conseqüències si produeixen reaccions comunes. • Es gestionen els serveis de suport formal amb els serveis socials públics. • Es gestionen els serveis de suport formal amb els serveis socials privats. • Altres.
<ul style="list-style-type: none"> • Procediment de treball social sanitari de grup (<i>group work</i>). • Grups de suport a clients afectats. • Grups de suport a familiars de clients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persones amb alcoholisme. • Persones amb malaltia crònica. • Persones amb malaltia mental. • Persones amb addiccions. • Persones amb toxicomanies. • Persones que esperen rebre un trasplantament o que han estat intervingudes fa poc. • Persones amb trastorns de conducta alimentaris. • Persones víctimes de violència. • Persones violentes. • Altres.
<p>Altres grups.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapèutics i de suport en diferents contextos d'intervenció. • Educació en habilitats socials. • Psicoeducació (escoles de famílies, per exemple). • Ajuda mútua (de familiars i de pacients). • Control de seguiment (intervencions emmarcades en la feina de seguiment de la intervenció amb els pacients). • Voluntaris. • Cuidadors informals (no familiars). • Altres.

A mesura que ens especialitzem, gràcies a l'estudi i la recerca de les nostres bases de dades podem anar concretant l'àrea o àrees dels nostres procediments. Aquest exercici és ineludible per a assegurar-ne el desenvolupament i les definicions. Els punts es basen en la teoria de Hollis i Woods, que classifiquen segons els passos que permeten de posar en joc un tractament dinàmic. F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework, a Psychosocial Therapy* (3a. ed., pàg. 85-107). Nova York: Random House, 1962.

Procediment d'atenció

Procediment del Programa de la planificació de l'alta.

- Alta al domicili habitual sense suport.
- Alta al domicili habitual amb suport professional.
- Alta a un altre establiment sanitari.
- Alta a un altre establiment social.

- S'estimula la persona malalta o la família per a reduir l'ansietat i es prenen mesures ambientals.
- S'ajuda la persona malalta o la família per a guanyar seguretat a partir de la confiança amb el treballador social.
- Es dona suport a la persona malalta o la família perquè compreguin d'una manera més real la situació.
- S'ajuda la persona malalta o la família a prioritzar les seves emocions embolcallades en les seves relacions personals i les seves conseqüències si produeixen reaccions comunes.
- Es presten els serveis de treball social sanitari necessaris alhora que es gestionen els recursos i suports necessaris per a complementar el tractament social de cas.
- Altres.

A mesura que ens especialitzem, gràcies a l'estudi i la recerca de les nostres bases de dades podem anar concretant l'àrea o àrees dels nostres procediments. Aquest exercici és ineludible per a assegurar-ne el desenvolupament i les definicions. Els punts es basen en la teoria de Hollis i Woods, que classifiquen segons els passos que permeten de posar en joc un tractament dinàmic. F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework, a Psychosocial Therapy* (3a. ed., pàg. 85-107). Nova York: Random House, 1962.

Taula 11. Esfera organitzativa i de gestió per a estudis multicèntrics

Àrea d'atenció actual	Població que s'atén	Àmbits de l'atenció actual segons el catàleg de serveis de l'MSC	Àmbits de la derivació segons el catàleg de serveis de l'MSC
Consultes	Infància	Salut pública	Salut pública
Urgències	Adolescència	Atenció primària	Atenció primària
Hospitalització	Adults	Atenció especialitzada	Atenció especialitzada
Hospital de dia	Gent gran	Atenció sociosanitària	Atenció sociosanitària
Hospitalització a domicili	Gent molt gran	Atenció d'urgències	Atenció d'urgències
Atenció a domicili		Prestació farmacèutica	Prestació farmacèutica
Altres (especificació)		Ortopròtesis	Ortopròtesis
		Productes dietètics	Productes dietètics
		Assistència sanitària el pagament de la qual cal reclamar a tercers	Assistència sanitària el pagament de la qual cal reclamar a tercers
		Serveis d'informació i de documentació sanitària	Serveis d'informació i de documentació sanitària
		Altres	Serveis socials
			Altres

Taula 12. Fonts emprades en la recerca. Codi FPER

Fonts personals	Observacions
La persona afectada	
Familiars	
Amistats	
Veïnatge	
Empresariat	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Fonts personals	Observacions
Altres	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Taula 13. Fonts emprades en la recerca. Codi FPRO

Fonts professionals	Observacions
Advocacia	
Administració	
Auxiliars d'infermeria	
Auxiliars del SAD	
Bombers	
Coordinació hospitalària de trasplantament	
Cuidadors particulars	
Educació social	
Ergoteràpia	
Farmàcia	
Fisioteràpia	
Forenses	
Infermeria	
Inspecció	
Llevadores	
Mestres	
Personal de residències	
Personal mèdic	
Policia	
Policia de barri	
Psicologia	
Treball social de serveis sanitaris	
Treball social de serveis socials	
Altres	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Taula 14. Fonts emprades en la recerca. Codi FISA

Fonts institucionals sanitàries	Observacions
Atenció primària de salut	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Fonts institucionals sanitàries	Observacions
Atenció especialitzada	
Atenció sociosanitària	
Cures pal·liatives	
Organització Nacional de Trasplantaments	
Altres	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Taula 15. Fonts emprades en la recerca. Codi FISO

Fonts institucionals socials	Observacions
Alberg	
Associacions	
Cáritas	
Cases d'acolliment per a dones	
Centre d'atenció a la dona	
Centres cívics	
Centre d'atenció a discapacitats	
Centre de gent gran	
Equips d'atenció a la infància i l'adolescència	
Jutjats	
Presons	
Protecció civil	
Residències per a gent gran	
Serveis socials	
Sindicats	
Urgències socials	
Centres ocupacionals laborals	
Altres	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Taula 16. Fonts emprades en la recerca. Codi FISM

Fonts d'establiments de salut mental	Observacions
Centre de salut mental	
Hospital de dia	
Unitat d'hospitalització psiquiàtrica	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Fonts d'establiments de salut mental	Observacions
Clínica de rehabilitació psiquiàtrica	
Centre de rehabilitació psicosocial	
Centres de dia	
Unitat de mitjana i llarga estada	
Altres	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Taula 17. Fonts emprades en la recerca. Codi FD

Fonts documentals	Observacions
Història clínica	
Història social anterior	
Registres	
Informes socials	
Informes mèdics	
Informes d'infermeria	
Informes laborals	
Informes d'orientadors escolars	
Targeta sanitària	
Altres	

Font: basada en la classificació d'estudi de Mary E. Richmond

Aquesta eina és una contribució a la falta d'eines diagnòstiques del treball social sanitari però en cap cas s'ha de veure com una eina tancada, sinó com un suport de gran valor per a posteriors investigacions sobre la informació continguda en el diagnòstic social sanitari. Recomana els passos comuns que hem de seguir sense excepció per a dictaminar i redactar el diagnòstic social sanitari i permet als equips de treball social sanitari, d'atenció primària i especialitzada, d'unificar la manera com es construeix el diagnòstic social sanitari i aplicar alguna de les classificacions de diagnòstic social sanitari que hi ha. L'important no és la classificació adoptada, sinó saber emetre el diagnòstic social sanitari. Mirem d'unificar ara la diversitat de denominacions i descripcions que hi ha per a anomenar la mateixa cosa.

En el camp sanitari, els grups de diagnòstics relacionats, si es vol simplificar en forma de llista, han representat un gran pas per a la gestió de l'assistència sanitària, ja que cada procés clínic (problema, patologia) té associat directament un conjunt d'actes mèdics ineludibles. De les gerències i direccions d'avui en

podem aprendre això, i l'ús de les tecnologies hi ajuda, ajuda a reorganitzar l'estructura informativa dels procediments diagnòstics i els suports del registre d'aquests procediments.

4.3. Les paraules clau del diagnòstic

Per a construir una classificació que serveixi per a recollir el màxim nombre de circumstàncies agafem la idea de les paraules clau com a punt de cerca, com s'esdevé amb els articles científics. La idea de basar la classificació de diagnòstic social sanitari en les paraules clau sorgeix en la recerca feta abans esmentada.

D'una banda, tenim la necessitat de classificar i, de l'altra, la de mantenir la màxima precisió. Per això vincularem les paraules clau a la síntesi diagnòstica, que, alhora, sorgeix del diagnòstic social sanitari complet. Tornem a una de les aportacions més importants de Hamilton per a comprendre les importants diferències dels elements que conviuen abans i després del diagnòstic:

«Les conclusions són les arrels materials del diagnòstic, però no són el diagnòstic. Els fets i les inferències no són la mateixa cosa. És important de ser capaços de distingir les conclusions del diagnòstic, com ho és distingir el diagnòstic del tractament. Les conclusions són l'anàlisi desglossada dels factors essencials del cas. D'aquests factors se n'ha de fer llistes separadament o agrupats amb partides com un sumari convencional de diagnòstic.

No obstant això, el diagnòstic requereix la síntesi o reinterpretació d'aquests factors per a donar el significat psicosocial al cas sencer».

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work* (pàg. 225). Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

Resum

Hem fet un recorregut per les teories principals que il·lustren el diagnòstic social sanitari, tenint en compte que ens trobem en el sistema sanitari. Hem començat l'itinerari al principi del segle XX, quan per primera vegada va aparèixer el terme *diagnòstic social*.

Hem vist que la malaltia imprimeix en les persones i en les seves famílies actituds noves, maneres d'afrontar aquesta realitat nova. Canvia el panorama conegut.

El treballador social sanitari, a partir de la recerca aplicada i de l'observació i dels registres de casos, va coneixent més i més aquests aspectes que marquen la diferència.

Finalment, el crèdit presenta un sistema d'informació de suport al treballador social sanitari per a elaborar el diagnòstic social sanitari.

Bibliografia

- Almy, F.** (1917). «The conquest of poverty». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.
- Colom, D.** (s/d). *El diagnòstic social sanitari*. Madrid: Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Colomer, M.** (1974). «Método de trabajo social». *Revista de Trabajo Social* (núm. 55).
- Davis, M. M.** (1911). «Medical and social co-operation». A: *National Conference on Social Welfare*.
- Davis, M. M.** (1912). «Social aspects of a medical institution». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.
- Escohotado, A.** (1999). *Caos y orden*. Madrid: Espasa Calpe.
- Hamilton, G.** (1923). «Progress in social case work. Some changes in social case work». A: *National Conference on Social Welfare*.
- Hamilton, G.** (1934). «Casework responsibility in the unemployment relief agency». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*. Nova York.
- Hamilton, G.** (1937). «Basic concepts upon which case-work practice is formulated». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*. Nova York.
- Hamilton, G.** (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.
- Healy, W.** (1914). «Psychological work with offenders for the courts». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.
- Healy, W.** (1917). «The bearings of psychology on social case work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1999). *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*.
- Nacman, M.** (1990). «Social work in health settings: a historical review». A: K. W. Davindson; S. S. Clarke. *Social Work in Health Care. A Handbook for Practice*. Nova York: Haworth Press.
- Organización Mundial de la Salud** (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [versión abreviada]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pelton, G. I.** (1910). «The history and status of hospital social work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.
- Richmond, M. E.** (1910). *Report of the Committee National Conference on Social Welfare*.
- Richmond, M. E.** (1911). «Of the art of beginning in social work». A: *National Conference on Social Welfare*.
- Richmond, M. E.** (1912). «Medical and social co-operation». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.
- Richmond, M. E.** (1917). *Social Diagnosis*. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Scarón, M. T.; Genisans, N.** (1989). *El diagnòstic social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Siebert, A.** (2007). *La resiliencia*. Barcelona: Alienta.
- Turner, F. J.** (1976). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*. Nova York: Free Press.
- Turner, F. J.** (2002). *Diagnosis in Social Work. New Imperatives*. Nova York: The Haworth Social Work Practice Press.
- Woods, M. E.; Hollis, F.** (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy*. Boston: McGraw-Hill.

