

Mètode de *casework*. Intervenció individual

Dolors Colom Masfret

PID_00206343

Índex

Introducció	5
1. Principals famílies en els procediments (mètodes) d'intervenció des del treball social sanitari	11
1.1. El procediment de treball social sanitari de cas (<i>casework</i>)	14
1.1.1. Models d'intervenció en el <i>casework</i>	24
2. Reflexió final	28
Bibliografia	29

Introducció

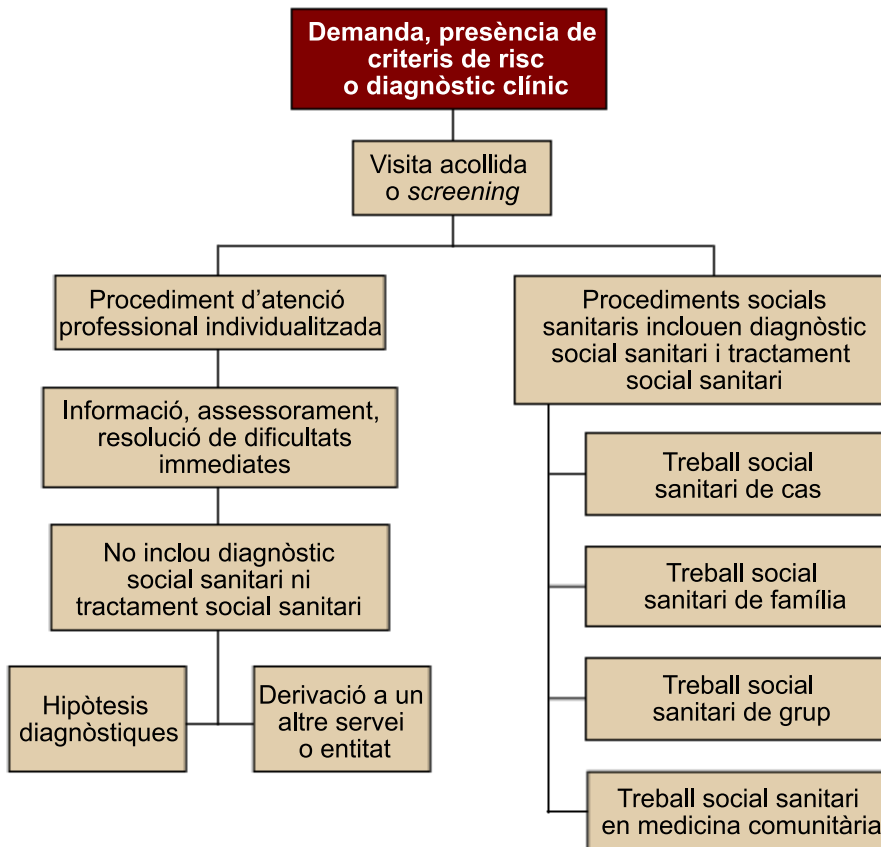
En treball social sanitari trobem quatre grans famílies de procediments (mètodes) d'intervenció. Són les següents:

- Procediments (mètode) de treball social sanitari de cas o *casework*.
- Procediments (mètode) de treball social sanitari familiar.
- Procediments (mètode) de treball social sanitari de grup o *group work*.
- Procediments (mètode) de treball social sanitari de comunitat i en medicina comunitària.

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

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

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



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

Convé que tornem a recordar la diferència entre l'atenció professional individualitzada i l'atenció professional procedimental que es dona dins dels procediments o protocols que inclouen el diagnòstic social sanitari i comporten, per tant, un pla de treball que desenvolupa i planifica el tractament o intervenció social.

En la primera, l'**atenció professional individualitzada**, fins i tot si se segueix un procediment natural, un ordre lògic de les intervencions i gestions en temps real, l'escolta del problema o la demanda, i encara que s'orienti a la cerca de solucions pragmàtiques i ràpides, com que no es construeix el diagnòstic social sanitari per falta de fonts i de temps no és possible iniciar cap tractament social, però sí, hi insistim, una relació terapèutica d'ajuda que pot derivar en l'inici d'un procediment o protocol d'intervenció. En el cas de l'atenció professional individualitzada només es pot resoldre l'immediat, l'emergent, però no es poden diagnosticar ni tractar les causes. Aquí només es poden generar les primeres hipòtesis diagnòstiques de l'atenció necessària per a esmenar la urgència, la dificultat immediata, i derivar el cas social sanitari al servei o entitat més indicats.

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

Els diferents procediments –en aquest cas parlem de mètodes– que puguem definir no són excloents entre si, al contrari, en molts casos es veu la necessitat de combinar-los paral·lelament per a anar aconseguint canvis simultanis en els diferents àmbits. El cas social sanitari està integrat per moltes esferes que s'influencien les unes a les altres tant pel que fa a beneficis, com a perjudicis.

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

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

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

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

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

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

- Procediments-metodologia:
 - Com intervenim, sobre la base de quin model o models i procediments.
 - Com organitzem el sistema d'informació i atenció per garantir les funcions del servei.
 - Quina informació necessitem de la persona, de la seva família i del seu entorn.

- Com gestionem la llista d'espera, organitzativament i humanament.
- Instruments de treball. Quins instruments de treball social sanitari utilitzem a cada moment del procés:
 - Formularis propis.
 - Formularis adquirits.
 - Escales.
 - Classificacions.
 - Etc.
- Tècniques:
 - Entrevistes personals.
 - Entrevistes telefòniques.
 - Observació de fets indirectes.
 - Anàlisi qualitativa.
 - Història de vida.
 - *Focus group*.
 - Grups de suport.
 - Grups terapèutics.
 - Documentació, registre.
 - Enregistrament, àudio, vídeo.
- Places dels diferents programes. Cal saber les places (socials, sociosanitàries) disponibles per a donar cobertura a les necessitats de les persones ateses pel sistema de salut:
 - Públiques.
 - Privades.
- Atles de la zona:
 - Eficiència.
 - Dèficits.

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

Alguns recursos són limitats i, per tant, rivals entre si. Quan algú utilitza un servei tangible, per exemple una plaça de descans temporal familiar, impedeix a una altra persona que la utilitzi. Això comporta una gran responsabilitat a l'hora d'assignar el procés social sanitari (el servei i la tipologia de suport) més òptim. Per això cal garantir la utilització correcta dels programes de la xarxa, tant dels programes d'acolliment com dels programes d'alta, i considerar les zones d'incertesa per a no perdre eficàcia ni eficiència.

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

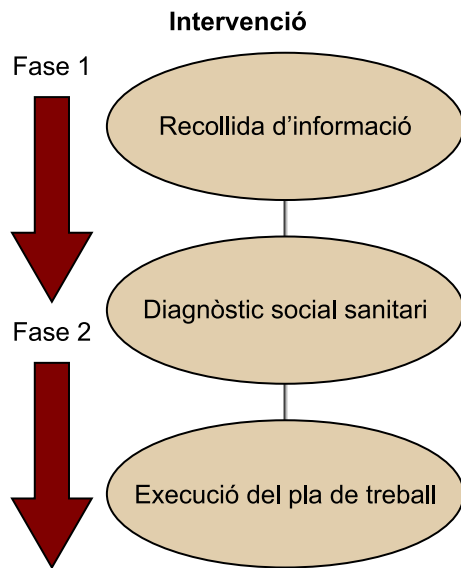
1. Principals famílies en els procediments (mètodes) d'intervenció des del treball social sanitari

Hem vist que la intervenció professional des del treball social sanitari, a diferència de la intervenció filantròpica en qualsevol establiment sanitari, és una acció estratègica avalada per teories demostrades com a benèfiques per a la persona.

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

Parlem, doncs, d'una acció que posen en pràctica professionals del treball social sanitari, tant si exerceixen en l'atenció primària com en l'atenció especialitzada. Aquesta intervenció estratègica (amb intenció i objectius terapèutics) es basa en procediments o protocols, que, ho hem vist també, són guies que assenyalen quina acció es correspon amb cada fase. Els procediments divideixen la intervenció en parts ineludibles. Això garanteix que atenguem les persones seguint un mateix criteri, la qual cosa evita el lliure albir i la improvisació. Els procediments garanteixen que la persona malalta que necessita l'ajuda, la seva família o xarxa social, la comunitat en la qual resideix, la rebin amb les màximes garanties diagnòstiques i com a resposta, tan adequada com sigui possible, a les seves necessitats. Dins de la intervenció veiem que les teories del treball social sanitari assenyalen que les persones han de ser el seu principal recurs i que, alhora, siguin testimoniats dels beneficis i de la recuperació que van aconseguint amb el seu esforç i treball. Una ajuda, la professional, que, com hem dit, lluny de seguir un lliure albir irracional i espontani, se sotmet a la disciplina i segueix les fases dels procediments en els quals s'atén i es garanteix el seguiment del mètode científic i l'acció basada en el diagnòstic social sanitari. En la intervenció, després de l'estudi, es reuneixen totes les possibilitats de la solució o solucions per al cas social sanitari concret.

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



Parts de la intervenció

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

- Per l'obtenció i recollida d'informació, garantint que resulti terapèutic per a la persona i no un abocament de dades.
- Per l'elaboració de les hipòtesis diagnòstiques, que s'inicia amb la primera demanda que sorgeix en el primer contacte entre la persona, la seva xarxa social i el treballador social sanitari.
- Per l'establiment de les primeres hipòtesis. Comencem a identificar les fonts i la informació. Programem les primeres entrevistes, de les quals obtindrem la primera informació, i començarem a inferir les primeres interpretacions. La primera fase conclou.

Arribem a l'elaboració del diagnòstic social sanitari que, a més de la descripció de la situació que afecta la persona, la seva família, les seves vivències, inclou, sempre segons la teoria del diagnòstic social sanitari que hem estudiat, els factors del cas que ajudaran a solucionar-lo i assenyalaran el camí que s'ha de seguir i els serveis que s'han de prestar. En aquest punt s'inicia la segona fase amb el desplegament del pla de treball.

Les fases generals dels diferents procediments es particularitzen en la persona malalta atesa. Això, hi insistim, depèn sempre de cada cas i ens representa un temps més o menys llarg adequar l'enfocament, perquè cada persona en la seva realitat és diferent. La intervenció social sanitària no és comparable a la intervenció sanitària. Totes dues, encara que interactuen constantment, segueixen tempos diferents, i els camins pels quals assoleixen els objectius comuns

–totes dues busquen el benestar i la màxima salut de les persones– també són diferents. No obstant això, tots els esforços convergeixen en la persona i, per extensió, en la seva família.

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

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

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

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

La resposta professional s'enclava en tots els problemes i totes les necessitats que s'esdevenen de la presència de la malaltia o que en faciliten l'aparició, la propagació, les que sorgeixen de la pèrdua d'autonomia que provoquen les seqüeles o les pors a aquestes seqüeles. Però aquesta resposta es dona de tal manera que la persona, la seva família, el seu entorn, siguin part de la solució adquirint-ne consciència, i sempre considerant el que implica el diagnòstic mèdic. Si la persona i el seu entorn no guanyen consciència del que s'està gestionant, dels canvis que s'estan aconseguint i dels quals són part activa, no es pot parlar pròpiament de treball social sanitari. Aquest és un dels punts més importants. El treballador social sanitari sempre inclou la persona i la seva família en els passos que es van fent per a la rehabilitació i reinserció social. Si

releguem la persona i la seva família a assumir un paper passiu, a executar el que li diem com si es tractés de complir uns requisits administratius, hem de saber que estem falsificant els principis bàsics del treball social sanitari.

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

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

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

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

1.1. El procediment de treball social sanitari de cas (*casework*)

El treball social de cas, conegut també com a *casework*, és el primer mètode de treball social que es va aplicar, en un principi, en el camp de la medicina i, en algunes ocasions, en la justícia de menors i en societats d'organització de la caritat (COS¹). El treball social sanitari de cas projecta la intervenció (estudi, diagnòstic i tractament) sobre la persona, però també irradia tota la família o xarxa social del seu entorn. En el treball social de cas sanitari tot això gira al voltant dels efectes que la malaltia provoca en la persona i el seu entorn, i els suports que requereix per a mantenir la màxima autonomia, la màxima independència, el màxim benestar físic, psíquic i ambiental. Aprofitem les possibilitats que brinda aquest entorn, que segurament també s'haurà de reajustar. Així, en primer lloc ens preguntem quina és la percepció que presenta la persona, quines són les dificultats que detectem, com es poden resoldre o pal·liar, quins ajustos necessitem aplicar a la persona, al seu entorn immediat i al seu entorn comunitari.

⁽¹⁾ Acrònim de *charity organization society*.

El *casework* és, avui dia, un mètode més dels molts mètodes de treball social. No obstant això, representa per a aquesta professió i disciplina la primera forma genuïna, rehabilitadora i terapèutica d'intervenció. Va representar un primer gir de l'ajuda clàssica, emparada en els principis i requisits de la caritat, cap a l'ajuda professional, emparada en mètodes que incloïen l'estudi del cas, l'elaboració del diagnòstic social que suportava la intervenció, tant si era per a donar suport a les persones a l'hora d'aconseguir metes, com si era per a transformar realitats o situacions. Algunes de les primeres preguntes que un es pot fer respecte del mètode de *casework* són les següents:

- Quines són les primeres inquietuds?
- Quan, com i on apareix el *casework*?

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

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

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

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

El text il·lustra les dues intervencions: l'ajuda reactiva, que hem qualificat com la que prové de l'ajuda filantròpica convencional i que soluciona un problema evident i concret sense més, i l'ajuda des del treball social sanitari, que tot i poder ser reactiva perquè així ho requereix l'emergència en l'acció, a més, estudia i analitza les causes dels problemes, les estudia i elabora el diagnòstic social sanitari sobre el qual proposa un pla individual i global perquè aquestes situacions no es perpetuïn. És cert que això necessita temps, però tot en l'àmbit social en requereix.

C. S. Loch va ampliar la seva exposició amb una reflexió sobre la importància del treball gestionat i no burocratitzat, i va assenyalar com a exemple que davant determinats problemes socials els comitès de les caritats decidien i assignaven els tipus d'ajudes preestablertes en funció d'unes normes i uns requisits que la persona havia de complir per rebre-les. Ja llavors va indicar, esmentant

la paraula *casework*, la necessitat del treball social de cas com a teoria que contextualitzava les característiques individuals i de l'entorn i que ajudaven la mateixa persona afectada a actuar-hi. I va assenyalar que no n'hi havia prou amb la presència de determinats atributs per a prendre determinades decisions i mobilitzar determinats recursos. Va insistir que es necessitava més informació. Hem citat i ampliat aquest paràgraf, a més de pel valor històric que té, per accentuar-ne la crida d'atenció sobre la recerca acurada i la contextualització dels fets. El *casework* no és preguntar sobre el que ens interessa per poder emplenar un formulari o una enquesta preestablerta, el *casework* és preguntar i interactuar d'acord amb les respostes i actituds de la persona.

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

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

El treball social sanitari de cas (*casework*) és l'atenció terapèutica i transformadora individual a les persones malaltes i, per extensió, en el grau i la mesura necessària que estableixi el diagnòstic social sanitari, a les seves famílies. El *casework* estudia la relació que s'estableix entre totes dues parts, la persona malalta en qüestió i la família, i es focalitza en els problemes, els desequilibris, les vivències, l'experiència de les vivències i les respostes de cada membre davant d'aquesta realitat que ha generat la malaltia en el seu grau de gravetat.

El *casework* promou l'atenció psicosocial d'una persona que pateix una malaltia que li genera dificultats de tipus psíquic i social, de tal manera que necessita un reajustament terapèutic per a afrontar una nova situació i tornar a ser socialment competent desenvolupant capacitats per a governar la seva vida. El treball social sanitari de cas (*casework*) emfatitza sobre cada persona, contextualitza les circumstàncies que prenen relleu i mitjançant estratègies de motivació, de promoció, de seguretat, genera ajuda. Les intervencions del treballador social sanitari són sempre deliberades i estratègiques, mai reactives o improvi-

Referència bibliogràfica

Podem ampliar la idea de diagnòstic mèdic a:

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

Referència bibliogràfica

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

sades, i ajuden la persona a millorar i resoldre per ella mateixa les situacions que l'envolten i li generen malestar o desavantatges socials. El treball social sanitari de cas, el *casework*, se centra sobretot en els aspectes i factors positius de la persona i el seu entorn.

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

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

El treball social sanitari de cas (*casework*) exigeix del professional poder preestablir la raó per la qual estableix aquella pauta o acord amb la persona, amb la seva família, en aquest cas sempre amb el consentiment de la primera. Constantment es dona la doble direcció: d'una banda, el treballador social sanitari proposa basant-se en el seu judici valoratiu de la situació que se li presenta, recolzat en teories, en recerques, i d'altra banda, ajuda la persona a disposar de les seves capacitats i voluntats, les que estan presents, a fi de comprovar el grau de motivació i implicació que té en cada punt concret del pla de treball.

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

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

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

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

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

Referència bibliogràfica

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

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

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

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

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

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

Referència bibliogràfica

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

Reforça la idea que els treballadors socials, continuem afegint-hi sanitaris, han de ser conscients de l'eficiència del seu propi treball.

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

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

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

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

Una vegada conegut el diagnòstic mèdic i els seus efectes en l'àmbit psicossocial, en l'entorn, aquells que per defecte sabem que estan presents en una majoria de les persones que comparteixen aquest diagnòstic, els confirmem, però també atendrem noves raons i hipòtesis que constantment sotmetem a prova. Així, continuem avaluant la línia d'actuació iniciada i, si cal, la revisem. El treballador social sanitari no és un substitutiu de la família, és un acompanyant estratègic, un observador professional. Mai no ens quedem instruint el cas de manera burocràtica, això no és treball social sanitari. Tot el que ens diuen les persones ha de passar el filtre de l'evidència, allò que no necessita ser demostrat però s'ha de constatar en la seva existència, en com la influencia. I recordem que una cosa són els fets i una altra la seva interpretació, la seva contextualització. El diagnòstic social sanitari i el pla d'intervenció, en el procediment *casework*, converteix la persona en la part principal de la seva recuperació. I, com hem dit, el diagnòstic i el pronòstic mèdic condicionen el treball social sanitari de cas. Textualment ho explicava així Hamilton el 1931:

Referència bibliogràfica

D. Saleebey (2006). *Strengths Perspective in Social Work Practice* [document en línia].

<http://catalogue.pearsoned.ca/assets/hip/ca/hip_ca_pearson_highered/samplechapter/0205408176.pdf>

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

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

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

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

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

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

Metodologia d’intervenció en el *casework*

1) Detecció

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

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

2) La primera entrevista

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

Referències bibliogràfiques

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

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

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

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

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

4) Elaboració del diagnòstic social sanitari

Identificació del procés o processos de treball social sanitari.

5) Pla de treball - tractament social

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

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

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

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

6) Seguiment

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

7) Avaluació

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

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

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

8) Registre i codificació

Codificació de la informació diagnòstica: els serveis de documentació han d'aplicar la classificació que cada establiment apliqui a fi de poder fer recerques sobre les dimensions diagnòstiques.

9) Objectius

- Objectius generals del treball social individual i familiar:
 - Objectiu general en l'àmbit de les persones: la promoció de les millors cotes de benestar social i salut a partir de potenciar els aspectes positius de les persones ateses (pacients o usuaris) en el sistema sanitari, de les famílies o xarxa social.
 - Objectiu general en l'àmbit dels serveis i recursos externs: la cerca continuada permet verificar la necessitat de promoure suports i serveis externs.
- Objectius específics:
 - Respecte a la persona: promoure l'autonomia i l'autodeterminació, ajudar-la a guanyar seguretat i benestar.
 - Respecte a la família: ajudar a comprendre els canvis immediats que la malaltia de la persona promourà en el seu si i brindar-li instruments i recursos per a afrontar els nous reptes.
 - Respecte als serveis i recursos: promoure els serveis i recursos necessaris per a fer front a les necessitats reals de les persones i les famílies.

1.1.1. Models d'intervenció en el casework

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

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

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

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

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

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

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

cials de la persona i de la seva família, en aquestes circumstàncies podem, mitjançant el procediment de treball social de cas, establir un pla d'intervenció d'ajuda o preventiu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Casework breu, casework extens

Un altre aspecte important és la diferència entre el treball social sanitari de cas individual, de *casework* breu, agut, i el treball social sanitari de cas individual, de *casework* extens.

El primer s'aplica sobretot a l'atenció especialitzada. No implica la intenció que el tractament sigui breu però el client, per diferents raons i una vegada aconseguides les primeres metes del tractament, no dóna continuïtat a les propostes del treballador social sanitari. Són clients que mantenen una relació terapèutica marcada per la discontinuïtat. El segon s'aplica sobretot en casos que segueixen les propostes de tractament indicades pels professionals alhora que requereixen determinades psicoteràpies en les quals s'aprofundeix en aspectes de la personalitat, com les emocions, els sentiments, les sensacions, la persona, les defenses de l'ego i com aquest s'organitza.

En cap cas no es pot pressuposar que un dels dos perfils de tractament de *casework* és més o menys efectiu que un altre. En la mesura en què es dóna el canvi buscat es pot parlar de millora i això no és, *a priori*, predictable.

Referències bibliogràfiques

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

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

2. Reflexió final

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

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

Referència bibliogràfica

Sobre el paper de la família podeu llegir:

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

Bibliografia

Referències bibliogràfiques

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

Bibliografia bàsica

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

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

- Loch, C. S.** (1896). "Charity organization". *Twenty-third National Conference of Charities*.
- Lurie, A.; Rosenberg, G.; Pinsky, S.** (1982). *Social work with groups in health settings*. Nova York: Prodist.
- Northem, H.** (1983). "Social work groups in health settings: promises and problems". A: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field*. Nova York: The Haworth Press.
- Pérez de Ayala, E.** (2000). *Trabajando con familias*. Saragossa: Ed. Certeza.
- Perlman, H. H.** (1971). *Perspectives on social casework*. Filadèlfia: Temple University Press.
- Prosky, P.** (1976). "Family therapy: an orientation". A: F. J. Turner. *Differential diagnosis and treatment in social work*. Nova York: The Free Press.
- Rosenberg, G.; Neill, G.** (1982). "Group Services and Medical Illness. A review of the literature 1964-1978". A: A. Lurie i altres. *Social Work with groups in health settings*. Nova York: Prodist.

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

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

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

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

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

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