

SEMINARIO

“el diagnóstico social”

TRABAJADORES SOCIALES DE VIGO

unidades de tratamiento de conductas adictivas

DOLORS COLOM MASFRET

12 DE MAYO DE 2008



## Contenido

PARTES DEL CURSO .....	3
DOS ASPECTOS BÁSICOS Y PUNTOS DE PARTIDA .....	3
EL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL MÉTODO DE TRABAJO SOCIAL DE CASO, EL CASEWORK .....	4
<i>El caso social</i> .....	4
EL DIAGNÓSTICO SOCIAL SEGÚN MARY E. RICHMOND .....	5
<i>Procedimiento</i> .....	6
<i>Los Protocolos</i> .....	7
<i>Los protocolos sociales</i> .....	7
<i>Proceso</i> .....	7
<i>Complejidad</i> .....	8
EL MANAGEMENT .....	10
CUATRO CONCEPTOS CLAVE DESARROLLADOS POR MARY E. RICHMOND.....	10
PROCEDIMIENTOS.....	11
<i>Método de trabajo social de caso, casework (Mary E. Richmond)</i> .....	11
<i>Método básico de trabajo social (Montserrat Colomer)</i> .....	12
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL, PREVIOS A 1917 PUBLICACIÓN DE SOCIAL DIAGNOSIS .....	12
<i>Mary M. Ogilvie</i> .....	12
<i>Ida M. Cannon</i> .....	13
<i>Garnet I. Pelton</i> .....	13
<i>Michael M. Davis</i> .....	13
<i>Richard C. Cabot</i> .....	14
DEFINICIONES Y AUTORES.....	14
EL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE CONDUCTAS ADICTIVAS .....	15
<i>Estructura de organización matricial</i> .....	15
¿SOBRE QUÉ NOS APOYAMOS? .....	15
<i>Metodología → Los Procedimientos → Procesos</i> .....	15
<i>Instrumentos</i> .....	16
<i>Principios de los instrumentos</i> .....	16
<i>Técnicas</i> .....	18
<i>Plazas</i> .....	18
LA CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL Y SU DESCRIPCIÓN.....	18
PRINCIPALES FUENTES DIAGNÓSTICAS.....	20
DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNÓSTICO SOCIAL Y LAS CLASIFICACIONES SOCIALES. VINCULACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN SOCIAL AL DIAGNÓSTICO SOCIAL.....	23
CLASIFICACIONES ACTUALES.....	24
EL TRABAJO PENDIENTE .....	25

## ***Partes del curso***

- El Diagnóstico Social en el método de trabajo social de caso, el casework.
- Antecedentes históricos del Diagnóstico Social.
- Definiciones y autores.
- El Diagnóstico Social en las unidades de tratamiento de conductas adictivas.
- La construcción del Diagnóstico Social y su descripción.
- Principales fuentes diagnósticas.
- Diferencias entre el Diagnóstico Social y las Clasificaciones Sociales. Vinculación de la Clasificación Social al Diagnóstico Social.

## ***Dos aspectos básicos y puntos de partida***

- El diagnóstico social no una clasificación ni una descripción de problemas en una lista.
- Cualquier descripción generalista e imprecisa no puede tomarse como el diagnóstico social.

Toda actividad profesional se sostiene por una parte en Conocimiento y Teorías y por la otra se sitúa dentro de una Organización y Práctica. Este curso se apoya sobre todo en el Conocimiento y teorías del Trabajo Social alrededor del Diagnóstico Social.

## *El Diagnóstico Social en el método de trabajo social de caso, el casework*

La arquitectura teórica BÁSICA del Diagnóstico Social

- El caso social.
- El *Casework* como procedimiento:
  - Diagnóstico social.
  - Pronóstico social.
- Los procesos sociales.
- La complejidad:
  - De lo psicosocial.
  - Del apoyo externo.



### *El caso social*

El caso social nunca se construye de una sola causa o circunstancia. Es el conjunto de causas y cómo éstas se influyen, cómo conforman el o los problemas sociales y cómo éstos se manifiestan.

“Un caso social no viene determinado por el tipo de cliente (familia, infancia, persona mayor, adolescente), no puede venir determinado por el tipo de problema (problemas económicos, problemas de conducta). El caso social es un acontecimiento vital en el que siempre hay proporciones, variables de lo económico, lo físico, lo mental, lo emocional y de los factores sociales. El caso social está compuesto de factores internos, externos o medioambientales. Uno no trata a las personas en un sentido físico o en un sentido medioambiental, las trata en relación con sus experiencias sociales y con relación a sus sentimientos respecto de estas experiencias”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Hamilton, G. Theory and practice of social case work. New York and London. The New York School of Social Work, Columbia University Press. 1951

El contexto dónde se desarrolla la intervención social, en este caso hablamos de “Unidades de tratamiento de conductas adictivas” actúa a modo de denominador común de los casos sociales atendidos, es el microcosmos, exige la especialización y un conocimiento de este medio en lo médico y en lo social.

Cabe identificar el factor diferencial de otros contextos.

Cabe contestar a la pregunta: ¿Qué estoy haciendo, específico y diferente, a otras unidades o servicios? Y ¿Sobre qué aspectos comunes trabajamos?

### ***El diagnóstico social según Mary E. Richmond***

“El diagnóstico social es el intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social, de su situación y personalidad. Ello es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad”.<sup>2</sup>

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

Todo, aplicado a la realidad de la cual la persona emerge y pensando que es a la realidad que volverá.

Esta realidad es un axioma.

Axioma (RAE):

- 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 se debe confundir el relato de los hechos, los hechos, con la interpretación, en positivo o en negativo, que podamos realizar dentro del contexto.

---

<sup>2</sup> Richmond, M. E., *Social Diagnosis*. New York. Russell Sage Foundation. 1917; 357

Un hecho es “hoy hace sol” otro “ hoy llueve” la interpretación de que una u otra realidad significa mejor o peor tiempo es lo que hace la interpretación (el diagnóstico) y esta siempre debe contextualizarse.

Cualquier hecho descontextualizado, no puede calificarse de problema o no problema.

Cada realidad “indiscutible en sí misma” debe ser interpretada. Sobre esa interpretación se establece el diagnóstico social, se señala la medida en la que cabrá intervenir estableciendo un plan de trabajo y determinando los procesos sociales.

Pero esta realidad particular cuando se clasifica y se diluye con todo el colectivo pasa a ser una realidad abstracta que es sobre la cual actúan planificadores y políticos.

Es sobre esta abstracción que se planifica, pero nunca se debe de dejar de lado el caso particular que se aleja de dicha abstracción.

El diagnóstico social queda inmerso en los siguientes conceptos

- Procedimientos
- Procesos
- Complejidad
- Evaluación:
  - Profesional interna
  - Del cliente externa

### ***Procedimiento***

Un procedimiento es la base sobre la que se sustenta la actividad secuenciada para lograr un fin. Se compone de fases.

Las fases de los procedimientos son de obligado cumplimiento. Son una guía. Abarca dos esferas:

- La organizativa.
- La asistencial.

Ejemplos de procedimientos:

- El Método de trabajo social de caso, el casework.
- El Método de trabajo social de grupo, el groupwork.
- El programa de la planificación del alta.
- ...

Como ocurre con muchas disciplinas hay un conocimiento transversal que no es exclusivo.

### ***Los Protocolos***

Procedimientos aplicados a una realidad concreta.

Ejemplos de protocolos sanitarios

- Protocolo de actuación por el control y la prevención de la Hepatitis A.
- Protocolo de profilaxis post-exposición de la hepatitis B.
- Protocolo de investigación y control de brotes de legionelosis.

### ***Los protocolos sociales***

- Procedimientos aplicados a una realidad concreta.
- Abandono.
- Violencia.
- Indicios de malos tratos.
- Riesgo para la persona y otros.
- Síndrome de abstinencia en otros servicios médicos.

### ***Proceso***

- Conjunto de actividades necesarias para prestar y ofrecer un servicio o producto al cliente (no confundir con consumidor).

- En trabajo social el Proceso es la tipología de apoyo.

### **Errores conceptuales más habituales en la práctica diaria de la intervención por “Procesos Sociales Tangibles”**

El Proceso Social Tangible se confunde con el Recurso: Muchos profesionales no diferencian entre el Proceso Social y el Recurso. Llamam a todo Proceso.

El Proceso Social Tangible se confunde con la actividad: Todo Proceso Social Tangible convoca muchas actividades, las cuales se desarrollan casi siempre mediante la ayuda de técnicas.

Las actividades y las técnicas permiten al trabajador social de salud tejer los elementos que darán lugar al Proceso Social Tangible que finalmente se concretizará en un Recurso.

Las actividades y las técnicas, pues, no determinan el proceso pero son el andamio desde el cual éste se construye y da lugar a la atención final de la mano de un recurso concreto.

### **Complejidad**

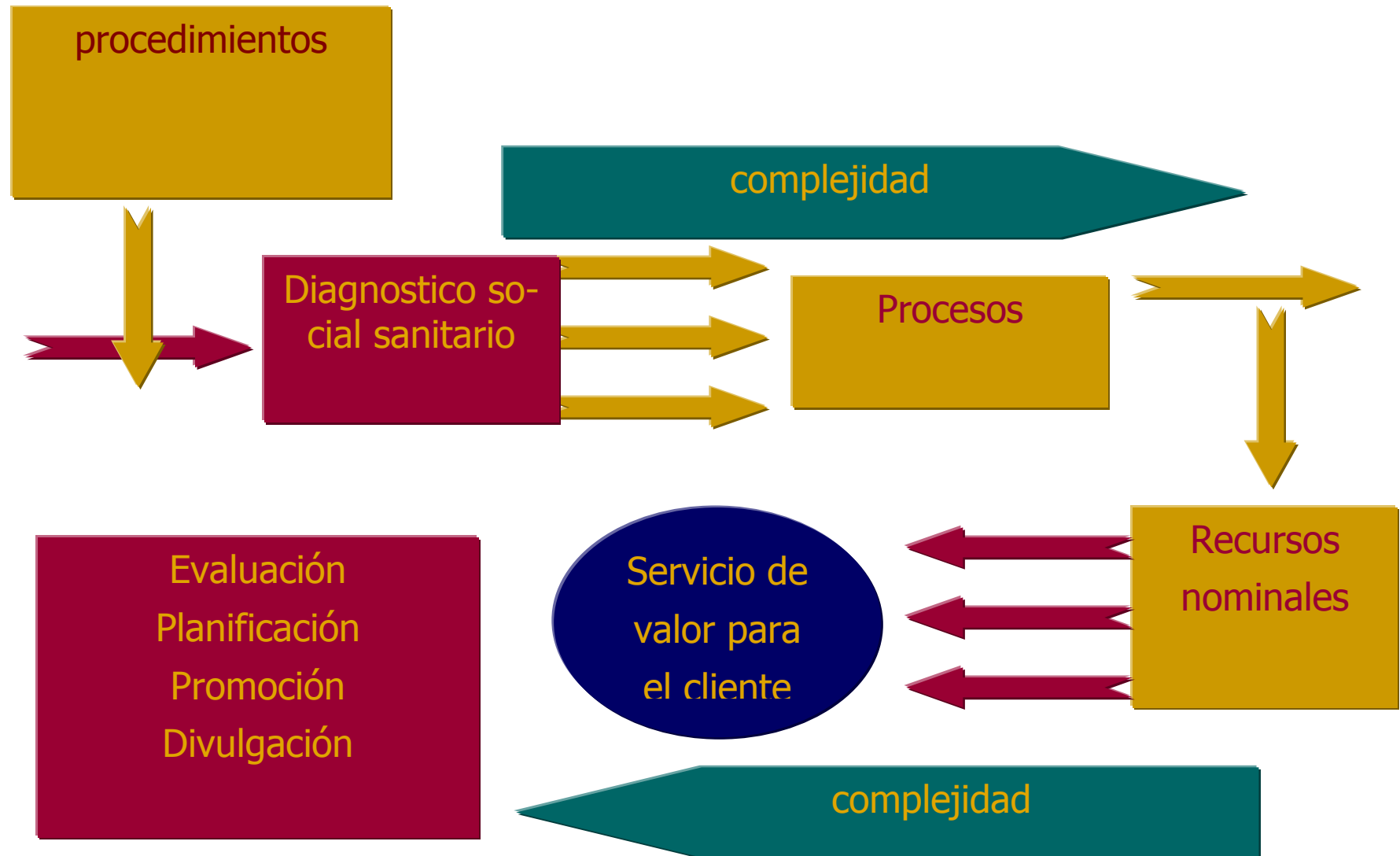
Pasos que cabe dar para resolver un problema

Para rescatar los matices de mayor o menor complejidad le asignamos grados

Tenemos dos esferas

- complejidad de la gestión de lo psicosocial, referida a la persona, su vivencia, la de su familia. En este caso estaríamos delante del trabajo social como intervención.
- complejidad de la gestión de los servicios de apoyo, referida a los soportes y servicios del entorno. Aquí nos referimos específicamente a los servicios sociales.





## *El Management*

### Combinación de conocimientos y estructuras

“El Management explica por qué, por primera vez en la historia de la humanidad, podemos emplear, en el trabajo productivo gran número de personas instruidas y cualificadas. [...] Y hasta hace poco no se sabía cómo organizar a personas de saberes y capacidades diferentes para conseguir juntos objetivos comunes [...] El conocimiento avanzado es siempre especializado. Pero, por sí mismo, no produce nada. [...] Ingenieros de todo tipo, proyectistas, expertos en marketing, economistas, estadísticos, psicólogos, planificadores... todos trabajando juntos. Ninguno sería efectivo sin el Management.”<sup>3</sup>

### *Cuatro conceptos clave desarrollados por Mary E. Richmond*

Mary Ellen Richmond escribe *Social Diagnosis* su obra cumbre y desarrolla la metodología de intervención de los trabajadores sociales dando al trabajo social el carácter de disciplina. Mary Ellen Richmond define:

- Trabajo social de caso
- Registros de caso
- Sobre la unicidad de cada individuo
- Sobre la autodeterminación

**TRABAJO SOCIAL DE CASO:** "Consiste en aquellos procesos que desarrollan la personalidad a través de ajustes deliberadamente efectuados por el trabajador social, individuo a individuo, entre personas y su ambiente social".

**REGISTROS DE CASO:** "Al principio era una crónica confusa de hechos ocurridos en el curso de su trabajo". "Gradualmente fue la construcción de una cronología de procesos esenciales aplicados y de las observaciones sobre las cuales estos procesos estaban basados". Un registro no es sólo una guía indispensable a la futura acción sobre la persona

---

<sup>3</sup> Drucker, P. *Las nuevas realidades*. Barcelona. Edhasa. 1989. Pág. 323-324

atendida, es material didáctico para entrenar otros caseworkers... " Y hoy, además, documentación que tratada estadísticamente ayuda a conducir los cambios, a planificar nuevos programas.

**SOBRE LA UNICIDAD DE CADA INDIVIDUO:** "La administración sana es la que trata problemas desiguales, desigualmente":

**SOBRE LA AUTODETERMINACIÓN:** "Una prueba de cualquier tratamiento social es el grado por el cual todas las personas implicadas en el caso, son capaces al límite de su capacidad, de tomar parte activa para alcanzar el resultado deseado".



Persona.

Grupo.

Establecimiento.

## ***Procedimientos***

### ***Método de trabajo social de caso, casework (Mary E. Richmond)***

Las líneas que conducen al Diagnóstico Social

- La primera entrevista: El acercamiento. Indicios y preguntas. Toma de notas. Consejos y promesas prematuros. Poner fin a la entrevista. Entrevistas de emergencia.
- El grupo familiar: La familia como un todo. El marido y padre. La esposa y madre. Los hijos. Otros miembros.
- Las fuentes: Las fuentes externas. Los parientes. Los médicos. La escuela. Las laborales. Las documentales. El vecindario. Las entidades.

Los cuatro sup-procesos del diagnóstico social:

- Una amplia entrevista con el cliente.
- Los contactos tempranos con su familia inmediata.
- La búsqueda en la más remota interioridad personal y la consulta de fuentes de cooperación fuera de su familia.

- La cuidadosa consideración entre sí de cada uno de los puntos encontrados y su interpretación: la tentativa de extraer de todas las evidencias, la definición más exacta posible de las dificultades sociales del cliente. El acto de interpretar es el acto diagnóstico”.

### ***Método básico de trabajo social (Montserrat Colomer)***

Las fases

- Conocimiento global del campo de acción profesional. Fuentes de información.
- Interpretación de datos.
- Diagnóstico social – Institucional – Persona.
- Plan de trabajo→proceso principal / secundarios.
- Ejecución.
- Pronóstico.
- Evaluación.

### ***Antecedentes históricos del Diagnóstico Social, previos a 1917 publicación de Social Diagnosis***

***Mary M. Ogilvie***

“... A causa de esta inhabilidad de conocer los ambientes de su paciente, sus circunstancias financieras y todos sus cuidados peculiares, el médico es incapaz de hacer su tratamiento a fondo eficaz. En algunos casos él es incapaz de hacer un diagnóstico positivo. Esto es sobre todo cierto en casos nerviosos. El trabajador social que acude discretamente a la casa, puede ganar la confianza del paciente, investigar las circunstancias financieras y las condiciones sanitarias, aprender la historia de la familia y estudiar los hábitos personales del paciente”.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Mary M. Ogilvie, M. M. University of Pennsylvania, Citada por Minnick “*Social Work of General Hospitals*” National Conference on Social Welfare. 1908: 150-153

**Ida M. Cannon**

“La política que hemos seguido es conocer nuestra comunidad y sus agencias... [...] Nuestros pacientes provienen de diferentes médicos de los dispensarios. [...] Cuando empezamos nuestro trabajo en el Massachusetts General Hospital nos vimos inundados con el problema de la tuberculosis. Sentimos que el trabajo social sanitario era la cuña que entraba en el trabajo médico. [...] El trabajo psiquiátrico es una especialidad del Dr. Cabot. Ningún grupo de personas sufre más que los pacientes nerviosos. Muchas de sus familias no son capaces de comprender que ello es una enfermedad”.<sup>5</sup>

**Garnet I. Pelton**

“El Trabajo Social primero debe diferenciarse del de los agentes de organizaciones de la caridad o del trabajo de seguimiento que realizan las cuidadoras clínicas. Ellos usan un entrenamiento técnico y herramientas en el tratamiento de los pacientes; pero apelando a los principios de la filantropía moderna para los enfermos pobres, y cuidando y enseñando en los hogares. Y éstos son métodos que raramente subyacen en las propuestas del servicio social hospitalario. Los botánicos y los biólogos a menudo usan instrumentos y técnicas similares pero sus objetivos fundamentales difieren. El objetivo del Trabajo Social Hospitalario es el diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento del enfermo pobre, en el hospital o el dispensario, allí donde lo indique la necesidad.”<sup>6</sup>

**Michael M. Davis**

“La Ciencia Médica ha percibido más allá de la enfermedad las condiciones sociales que la causan: más allá del bebé enfermo, está la leche impura; más allá de la leche impura, está la suciedad atestando a la casa y la lechería que no es inspeccionada. Detrás del brazo roto del obrero nosotros vemos las largas horas de trabajo junto a la maquinaria y sin protección. La medicina moderna ha venido para dar, del punto de vista preventivo, con las causas sociales de la enfermedad; y la filantropía moderna comienza a luchar con las causas sociales de pobreza así como con los resultados individuales que nosotros vemos en el pobre”.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Cannon, I. M., “*Social Work at Massachusetts General Hospital*”. Minnick, J., Social work of General Hospitals. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting: 1908: 153-154

<sup>6</sup> Pelton, G. I., “The history and status of Hospital Social Work”

<sup>7</sup> Davis, M. M., “*Medical and social co-operation*” National Conference on Social Welfare. 1911:278-281.

**Richard C. Cabot**

“¿Qué se pueden enseñar los doctores y los trabajadores sociales? La frontera entre la medicina y el trabajo social es a veces difícil de distinguir. Los doctores tratan con hechos sociales; y los trabajadores sociales tratan con hechos médicos. De ahí surge la necesidad de enseñar el uno al otro. La mejor ayuda que los doctores pueden dar a los trabajadores sociales, no es tanto los hechos sino métodos.”<sup>8</sup>

## **Definiciones y autores**

“Diagnóstico en griego quiere decir: reconocer, discernir, examinar, decidir. Este último sentido es problemático, pues introduce un ingrediente definitorio vinculado al juicio. [...] Un loco, un enfermo, puede, pues, reconocer su enfermedad, incluso el origen de su enfermedad, pero no puede diagnosticarla pues ello requiere del otro, del otro que tiene otra conciencia, conciencia que lo faculta para decidir, para tomar una decisión con relación a la enfermedad”.<sup>9</sup>

“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”.<sup>10</sup>

“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”.<sup>11</sup>

“La palabra –diagnóstico- designa el proceso en el cual una opinión profesional proviene de la valoración de una situación que emerge en nuestra interacción con los clientes y sus ambientes significativos, una opinión en la que nosotros

---

<sup>8</sup> Cabot, R. C., *Report of the chairman of the committee on health*. National Conference on Social Welfare. 1915:220

<sup>9</sup> Febres-Cordero, L., *Amistad y locura en el Orestes de Eurípides*. Barcelona. Appia Ediciones. 2007.

<sup>10</sup> Colomer, M., “*Método de trabajo social*”. Revista de Trabajo Social, Número 55. Edita, Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. 1974; 31-35

<sup>11</sup> Scarón de Quintero, M. T., Genisans de Guidobono, N. (1989) *El diagnóstico social*. Buenos aires. Editorial Humanitas. Pág. 25-40

basamos nuestras acciones y para cuál estamos preparados para actuar con una profesionalidad responsable. La esencia de esta definición es:

- Nuestro diagnóstico está basado en los juicios que hacemos.
- Tales juicios constituyen la base de nuestras actividades profesionales.
- Estamos preparados para responsabilizarnos de dichos juicios.”<sup>12</sup>

### ***El Diagnóstico Social en las unidades de tratamiento de conductas adictivas***

La característica “Unidades de conductas adictivas” contextualiza la organización y el contenido de los procedimientos y los procesos, así como la complejidad, pero no la secuencia, ni las actividades, ni las técnicas del trabajo social.

#### ***Estructura de organización matricial.***

Por una parte una dependencia jerárquica del servicio de trabajo social que avala los modelos teóricos dentro de los cuales actúa cada miembro del servicio y por la otra la dependencia funcional que exige una sincronía con los modelos clínicos y programas de intervención.

El consumo de tóxicos, los problemas relacionados con el uso de sustancias va en aumento pero cada área debe conocer cual es su epidemiología.

### ***¿Sobre qué nos apoyamos?***

#### ***Metodología → Los Procedimientos → Procesos***

- Cómo intervenimos, sobre la base de qué modelo.
- Cómo organizamos el sistema de información y atención para obtener el diagnóstico integral.
- Información que necesitamos de la persona y su familia.
- Información que necesitamos de los recursos del centro.
- Qué escalas aplicamos.

---

<sup>12</sup> Turner, F. J.; *Diagnosis in Social Work. New imperatives.* New York. The Haworth Social Work Practice Press. 2002; 51

- Etcétera.

### ***Instrumentos***

Instrumento: Conjunto de diversas piezas combinadas adecuadamente para que sirva con determinado objeto en el ejercicio de las artes y oficios

Identificación de los procesos.

Además: Formularios propios y otros. Escalas. Protocolos. Etcétera.

### ***Principios de los instrumentos***

- Los instrumentos deben ser simples, sensibles y precisos. Pero en ningún caso puede sustituir el diagnóstico social por la evidencia y la comparación.
- La información debe identificar déficits en recursos.
- Debe ser revisado y evaluado periódicamente.
- El nuevo método no debe resultar más caro que el anterior.
- Debe significar la mejora de las prestaciones actuales para las personas.
- Cualquier correlación entre causas-efectos debe validarse mediante técnicas estadísticas

Reflexiones al respecto: Cuando se diseña un instrumento que vaya a medir alguna característica existen técnicas estadísticas que certifican que realmente mide lo que queremos que mida.

Cálculo de la sensibilidad y especificidad, Odds Ratio, T-Student, Test de Fisher, etcétera, pero ello es mejor que lo diseñen profesionales expertos en la materia. Nosotros debemos saber que cabe hacer este ejercicio pero antes cabe formarse más allá de la Diplomatura. El trabajo en equipo resuelve este déficit de uno mismo.

Con lo que cabe ser cuidadoso es con el diseño de la muestra para que sea representativa. Si bien puede haber diferentes fórmulas siempre aplique ésta que sigue: Félix CALVO, 1978, **Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales**, ediciones Deusto, Bilbao, pág.302.



$$N = \frac{N_p}{1 + \frac{(P_m - P_{pob})^2 (N_p - 1)}{Z^2 pq}}$$

Donde:

$N_p$  = tamaño de la población finita.

$(P_m - P_{pob})^2$  = margen de error tolerado.

$Z^2$  = puntuación tipificada que depende del nivel de confianza (99,7%) elegido.

$P$  = proporción de la variable.

$Q$  = proporción desfavorable

En archivo adjunto os paso la formula en Excel lista para aplicar directamente sobre los valores que manejeis.

Este tipo de investigaciones exigen que la metodología sea homogénea, no es aconsejable mezclar distintos sistemas de recogida de información y de análisis.

Lo que sí se puede y debe de hacerse es adecuar el instrumento de medida a las condiciones específicas de cada área. La utilización de diferentes sistemas de recogida de información tiene la desventaja de que cada uno de ellos va a obtener un grado de información diferente por lo que no van a resultar comparables los resultados.

Las metodologías homogéneas tienen la ventaja de la comparabilidad y por ello merece la pena utilizarlas y mantenerlas, sobre todo, cuando se ha demostrado que son exitosas en otros centros hospitalarios.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Leonardo, J., Sobremonte, E., “Consideraciones metodológicas para el planteamiento de estudios de satisfacción en establecimientos sanitarios y socio-sanitarios” Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar. 2004. Número 2.

<b>HOSPITAL</b>		
	<b>omega</b>	
<b>Nivell de confiança 99.7%</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>p= positius</b>	<b>97,74</b>	
<b>q= negatius</b>	<b>2,26</b>	
<b>Error muestral</b>	<b>3,0</b>	<b>9</b>
<b>Total poblacio</b>	<b>3.665</b>	<b>3.664</b>
<b>mostra total</b>	<b>208</b>	
<b>CONSULTES</b>		
	<b>omega</b>	
<b>Nivell de confiança 99.7%</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>p= positius</b>	<b>97,83</b>	
<b>q= negatius</b>	<b>2,17</b>	
<b>Error muestral</b>	<b>3,0</b>	<b>9</b>
<b>Total poblacio</b>	<b>33.555</b>	<b>33.554</b>
<b>mostra total</b>	<b>211</b>	
<b>URGENCIAS</b>		
	<b>omega</b>	
<b>Nivell de confiança 99.7%</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>p= positius</b>	<b>96,48</b>	
<b>q= negatius</b>	<b>3,52</b>	
<b>Error muestral</b>	<b>3,0</b>	<b>9</b>
<b>Total poblacio</b>	<b>14.171</b>	<b>14.170</b>
<b>mostra total</b>	<b>332</b>	
<b>CMA</b>		
	<b>omega</b>	
<b>Nivell de confiança 99.7%</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>p= positius</b>	<b>97,06</b>	
<b>q= negatius</b>	<b>2,94</b>	
<b>Error muestral</b>	<b>3,0</b>	<b>9</b>
<b>Total poblacio</b>	<b>1.016</b>	<b>1.015</b>
<b>mostra total</b>	<b>223</b>	

Característica de estudio: “Satisfacción general con la atención recibida” 2002

Distribución % + y –

El Nivel de confianza es un valor que va asociado a omega. Un nivel de confianza distinto tiene un omega distinto pero esto son valores estándares, como el número “Pi”. El error muestral es una decisión que va ligada muchas veces al presupuesto. Un error muestral más bajo requiere más casos de estudio y, por tanto, encarece. El error muestral cabe verlo siempre en una doble dirección. Es decir, si decimos un error de +/- 3 estamos aceptando un 6% de error en su punto máximo.

Los positivos son las personas, porcentaje que cumplen con la característica de estudio y los negativos, restando de 100 (por ser porcentaje) lo que no la cumplen. La población total viene compuesta por todo el universo y normalmente es un dato que debe facilitar el establecimiento. No podemos mezclar poblaciones diferentes.



- Entrevistas personales.
- Entrevistas telefónicas.
- Observación de hechos indirectos.
- Análisis cualitativo.
- Historia de vida.

- Focus Group.
- Grupos de apoyo.
- Grupos terapéuticos.
- Documentación, registro.
- Grabación, audio, video.

### *Técnicas*

- Cabe saber las plazas (sociales, sociosanitarias) disponibles para dar cobertura a las necesidades de las personas atendidas por el sistema de salud: Públicas. Privadas.
- Atlas de la zona: Eficiencia. Déficits.

### *Plazas*

## ***La construcción del Diagnóstico Social y su descripción***

“Nosotros nos inclinamos a pensar en términos de factores. Un factor es un “hacedor”, un hecho es algo ya “dado”. [...] Los primeros hechos afrontados eran el empleo, la intemperancia, la pereza, la mendicidad, o similares. Una viuda era un hecho, un desertor era un hecho, y, excepto al más raro de trabajadores infantiles, un niño era un hecho. Sin embargo,

se hicieron ajustes asombrosos gracias a la observación paciente, la intuición y el sentido común. [...] El conocimiento de la economía, la sociología, la biología, la dietética, la medicina, la psiquiatría, y la psicología irradia los hechos.

Al principio éramos profesionales apropiados para ver los hechos superficiales, los síntomas y los resultados, y nuestra metodología debía tratar un hecho a la vez, no la situación entera”.<sup>14</sup>

“El trabajo social de caso en el campo de familia, el trabajo social de caso en cualquier otro campo, está preocupado, no con la enfermedad directamente, o la pobreza directamente, o el analfabetismo directamente, sino en cómo estos factores contribuyen en el desajuste de la personalidad. El trabajo social como una profesión está preocupado por cómo remediar las condiciones que producen la enfermedad, la pobreza, y la ignorancia, pero el trabajador social de caso sanitario en su trabajo diario se ocupa de una personalidad particular dentro de una situación particular. A veces esta personalidad está, como decimos, desajustada, a veces no está suficientemente desajustada y los conflictos se deben precipitar...”.<sup>15</sup>

“El Diagnóstico, entendiendo el problema psicosocial lleva nuestra atención al cliente; la evaluación, entendiendo el funcionamiento de la persona con respeto a su problema, a sus capacidades y a la disponibilidad de recursos externos, así como internos, ambos están tan estrechamente relacionados. Unos prefieren llamarlo “evaluación diagnóstica”. [...] El proceso de pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas se denomina diagnóstico [...] ¿Qué es lo que pasa? [...] Diagnóstico y Evaluación son percepciones psicosociales. Ambos, Diagnóstico y Evaluación son dictámenes profesionales. Desde el momento en que el cliente realiza la Demanda, se le invita y estimula a través de la entrevista a expresar sus propios sentimientos acerca de su situación. [...] Su experiencia vital es una configuración para él (el cliente) así como para el trabajador social y es según su propia visión de la situación que él (el cliente) habitualmente reacciona. [...] El trabajador social debe, indiscutiblemente, empezar por donde se encuentra el cliente y explorar su problema con él como él lo ve, pero cabe contemplar la posibilidad de desavenencias con el punto de vista del cliente, consciente de su natural defensa y, el trabajador social no debería empezar muy pronto la corrección de la interpretación.”<sup>16</sup>

En la primera entrevista, dos de las muchas preguntas a las que debe contestarse el trabajador social son:

---

<sup>14</sup> Hamilton, G., “Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work”. National Conference on Social Welfare. 1923

<sup>15</sup> Hamilton, G. “*Refocusing family case work*”, Official proceedings of the annual meeting: New York. 1931.

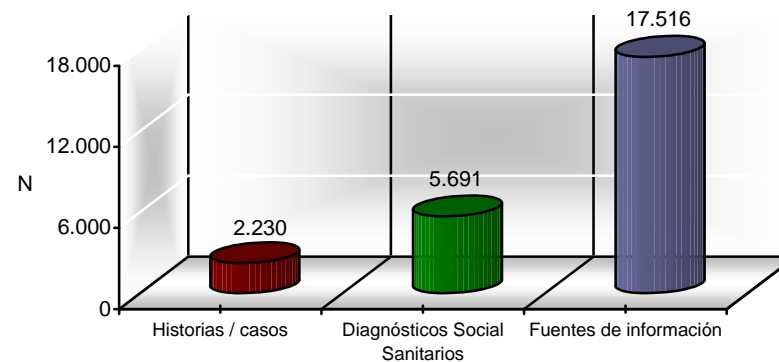
<sup>16</sup> Hamilton, G., *ob. cit.* 1951; 214-217

¿Es este el lugar adecuado para ayudar al cliente? Y ¿Por cuánto tiempo decidiremos trabajar juntos? Generalmente empezamos esta primera entrevista con: ¿Puedo ayudarle? ¿Puede usted decirme cual es la dificultad? Luego ya en la entrevista, quizás ¿Hay otros problemas? ¿Hay otras cosas sobre las que usted se esté preocupando? O incluso –Tengo la impresión de que hay otras cosas que le están preocupando- Y un poquito más tarde solemos preguntar ¿cómo piensa que podemos ayudarle? O ¿Tiene usted algo en especial en su mente que piense puede ayudarle? [...] Muchas veces el problema no es el trabajador social o la agencia que puedan ayudar, esto se ha explicado. En general hay otros recursos acerca de los cuales se puede hablar al cliente. [...] Uno debe estar aquí seguro de que el cliente quiere esta asistencia y que nuestros esfuerzos para apresurar los asuntos no son vistos por él como un rechazo para derivarlo hacia un contacto indeseado”.<sup>17</sup>



### Principales fuentes diagnósticas

De la investigación de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud se desprenden, como muestra el gráfico siguiente, los siguientes resultados preliminares. De 2.230 historias, se han obtenido 5.691 diagnósticos sociales primarios y secundarios, (se dio la opción del diagnóstico secundario) y para su elaboración se han consultado en total 17.516 fuentes de información.

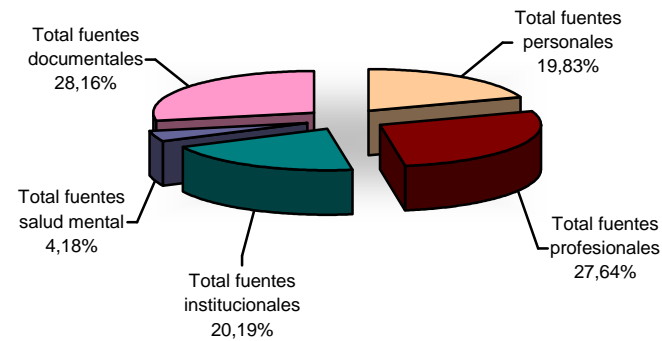


**Gráfica 1** Valores básicos de la investigación sobre el Diagnóstico Social Sanitario

<sup>17</sup> Hollis, F., Woods, M. E., *Casework a psychosocial therapy*. Third edition. New York. Random House. 1981


Las fuentes se distribuyeron en los siguientes grupos que en ningún caso eran incompatibles entre sí.

- Fuentes personales.
- Fuentes profesionales.
- Fuentes institucionales.
- Fuentes institucionales salud mental.
- Fuentes documentales.



**Gráfica 2** Distribución porcentual de las fuentes de información

La distribución final porcentual viene reflejada en la gráfica 2.



Personales:	Profesionales	Institucionales	Salud Mental	Documentales
El cliente.	T. social	Albergue	Centro S. Mental	Historia clínica
Familiares	Médico	Asociaciones	Hospital de Día	Historia social anterior
Amigos	Enfermería	A. Primaria Salud	Unidad Hospitalización psi	Registros
Vecinos	Aux. enfermería	Cáritas	Clínica Reha. psiquiátrica	Informes Sociales
Otros	Abogados	Casas Ac. Mujeres	Centro Reha. Psicosocial	Informes Médicos
	Administrativos	Centro At. mujer	Centros de Día	Informes de enfermería
	Auxiliares SAD	Centros Cívicos	U. Media y Larga Estancia	Informes laborales
	Coor. Tras. Hospital	C. Discapacitados	Otras	Informes orienta. escolares
	Cuidadores part.	EAIAS		Informes otros
	Educ. sociales	Hospital		Tarjeta Sanitaria
	Farmacéuticos	S. A. Sociosanitaria		Otras
	Fisioterapeutas	Paliativos		
	Forenses	Juzgados		
	Inspectores	ONG		
	Maestros	Org. Oficiales		
	Matronas	O. N. Transplantes		
	Pers. residencias	Prisiones		
	Policía	Res. mayores		
	Psicólogo	Servicios sociales		
	Otros	Sindicatos		
		Urgencias sociales		
		C. Ocup. Laborales		
		Otros		

**Tabla 1** Total fuentes agrupadas

## ***Diferencias entre el Diagnóstico Social y las Clasificaciones Sociales. Vinculación de la Clasificación Social al Diagnóstico Social.***

El diagnóstico social no es una clasificación si bien puede y, cada vez más deberá clasificarse para su estudio e investigación. SOLO A MODO DE EJEMPLO: Según el Dr. Davis, las condiciones o problemas sociales pueden clasificarse en cuatro grupos:

- •Problemas personales del paciente: la ignorancia hace difícil o imposible para el paciente entender cual es el problema o como debe seguir correctamente el tratamiento. En el caso de los niños, ello se refiere a los padres.
- •Condiciones familiares: vivienda atestada o insana que causa enfermedad o impide la curación; o una atención negligente en la casa donde vive encerrado y sin esperanzas de curación uno de sus miembros.
- •Problemas laborales del paciente: largas horas de trabajo o trabajo con salarios sumamente bajos, que pueden haber producido la enfermedad para la cual se busca tratamiento pero que la cura es imposible mientras no se elimine la causa.
- •Condiciones generales del paciente y su familia: pobreza. El tratamiento acertado, médico o quirúrgico, a menudo es impracticable a no ser que la ayuda permita relevar la angustia por la economía, o asegurar el alimento necesario, descanso y paz mental.

Establece igualmente tres tipos de pacientes:

- Tipo Uno: Pacientes cuyos problemas sociales son evidentes y agudos. Estos problemas deben resolverse rápidamente para que el paciente pueda recibir un tratamiento médico efectivo.
- Tipo Dos: Pacientes cuyo problema social no es agudo pero su enfermedad es peligrosa para los otros. Es un asunto serio si un paciente que sufre una enfermedad no continua el cuidado y las curas. El interés de la comunidad en tal caso es supremo a las necesidades o los deseos del paciente individual.
- Tipo Tres: En este tipo no existen problemas agudos de pobreza, ignorancia o desempleo; pero el examen en la primera visita indica un desorden que requiere que el paciente debe regresar varias veces para tratamiento. A no ser que

el trabajo del médico que hace el diagnóstico se desaproveche, que el servicio al paciente y la comunidad esté preocupada, este regreso debería procurarse.<sup>18</sup>

## *Clasificaciones actuales*

Ante la necesidad de codificarlo, algunas de las clasificaciones más nombradas, se desconoce en qué medida se utilizan y posteriormente, se analizan y utilizan, son las que siguen:

- El Sistema de Información de Usuarios (SIUSS), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.<sup>19</sup>
- Programa Informático de Casos (PIC) del Servicio Navarro de Salud.<sup>20</sup>
- Manual de Indicadores del Diagnóstico Social, de Maite Martín.<sup>21</sup>
- Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2).<sup>22</sup>
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), conocida como la heredera de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).<sup>23</sup>
- El VATAD.<sup>24</sup>
- Clasificaciones para la Ley de Dependencia, la del Ministerio, y con toda probabilidad la que decida, además, cada Autonomía.
- Y un largo etcétera.

---

<sup>18</sup> Davis, M. M., “*Social aspects of a medical institution*”. National Conference on Social Welfare. 1912

<sup>19</sup> <http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/ServiciosSociales/siuss/SIUSS.htm>

<sup>20</sup> Napal, C., Ochando, G., et. ál., *Programa Informático de casos*. Edita el Colegio Oficial D.T.S. y AA.SS. de Navarra y Caja Rural de Navarra. 1997.

<sup>21</sup> Martín, M., *Manual de Indicadores del Diagnóstico Social*. 2003. <http://www.diagnosticosocial.com/>

<sup>22</sup> [http://www.iqb.es/patologia/ciap/ciap\\_toc.htm](http://www.iqb.es/patologia/ciap/ciap_toc.htm)

<sup>23</sup> <http://www.who.int/classifications/icf/site/icftemplate.cfm>

<sup>24</sup> Aretio, A., Sedano, A., “*El VATAD: una escala global de valoración social de las personas mayores*”. Revista Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 2, Número 2. 2002: 42-53



## ***El trabajo pendiente***

- La asociación de variables presentes en el Diagnóstico Social a la intervención.
- ¿Por qué la presencia de la variable “X” requiere la intervención desde trabajo social y qué tipo de intervención?
- Y nuestra intervención ¿en qué desemboca?
- Cabe estudiar la intervención: los mecanismos y sus resultados.

