

# CASO PRÁCTICO EN CENTRO DE SALUD

## MÁSTER DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO: INTERVENCIÓN EN SALUD



**integra**  
oposiciones



## Índice de contenido

<b>CASO PRÁCTICO MANUEL.....</b>	<b>1</b>
<b>RESOLUCIÓN DEL CASO. ....</b>	<b>3</b>
• <b>Encuadre profesional / institucional .....</b>	<b>3</b>
1. Estudio -investigación del caso.....	5
2. Diagnóstico social .....	6
3. Diseño de intervención social.....	7
4. Ejecución .....	10
5. Evaluación .....	11



## CASO PRÁCTICO MANUEL

Tras acudir a su cita con su médico de Atención Primaria, se presenta Manuel, de 68 años, en el despacho de Trabajo Social del Centro de Salud de referencia, acompañado de su propia doctora, ya que Manuel le ha preguntado en la Consulta por una trabajadora social.

Manuel es viudo, no tiene hijos y dice tener 2 hermanas con las que no mantiene relación.

Percibe una pensión de jubilación de 921 euros y tiene una vivienda de propiedad.

Respecto a su estado de salud, Manuel no tiene diagnosticado deterioro cognitivo por ningún médico especialista. Padece miocardiopatía alcohólica, una enfermedad provocada por su consumo crónico de alcohol que ha debilitado su corazón. Manuel sigue consumiendo alcohol ocasionalmente, a pesar de que le advirtieron sobre los riesgos de continuar bebiendo. Como consecuencia de su miocardiopatía, presenta dificultad para respirar, fatiga y ha sufrido algunos episodios de arritmias. A pesar de que debería seguir un tratamiento estricto, ha sido irregular con su medicación y tiene problemas para seguir una dieta adecuada, lo que complica aún más su condición.

Manuel presenta un aspecto desaliñado, falta de higiene y muestra una actitud de desconfianza hacia las personas, especialmente cuando se habla del tema económico para costearse la estancia en una residencia. No permite que nadie entre en su casa porque dice que tiene muchas cosas guardadas y muchos recuerdos, y que allí no cabe nadie más.

Hace un año ingresó en una residencia de mayores, pero a los dos meses se marchó voluntariamente de ella, diciendo que no se sentía cómodo ni con el ambiente ni con las normas.

### 1.- RESUELVE EL CASO EN TODAS SUS FASES



Antes de empezar... ten en mente este esquema por si te piden la resolución en todas sus fases o por si hacen preguntas cortas (que suelen ser partes de todo este esquema general):

## ENCUADRE PROFESIONAL / INSTITUCIONAL



## MÉTODO BÁSICO EN TRABAJO SOCIAL



1. ESTUDIO Y CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD.



2. DIAGNÓSTICO SOCIAL.



3. DISEÑO DE INTERVENCIÓN SOCIAL (DIS).



4. EJECUCIÓN.



5. EVALUACIÓN.



## RESOLUCIÓN DEL CASO.

### • Encuadre profesional / institucional

El **contexto institucional** en el que se enmarca la intervención es el Servicio de Trabajo Social del Centro de Salud de Manuel. Los Centros de Salud actúan como la puerta de entrada al sistema sanitario y en ellos se desarrollan de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica. Las funciones de la trabajadora social del Centro de Salud son, entre otras:

- Actividades de estudio, diagnóstico, asesoramiento y tratamiento de factores sociales que afectan a la salud individual y comunitaria.
- Detección y coordinación de situaciones de riesgo social con afectación en salud.
- Intervención psicosocial.
- Acompañamiento social en procesos de salud-enfermedad.
- Coordinación socio sanitaria.
- Actividades de educación para la salud, actividades grupales, así como actividades comunitarias para prevención y promoción de la salud.

En cuanto al **profesional de referencia**, la intervención social que se plantea será llevada a cabo conjuntamente por la trabajadora social del Centro de Salud encargada de canalizar los apoyos que precise Manuel y la trabajadora social del Centro de Servicios Sociales de referencia de Manuel, realizando un trabajo en red bajo los principios de unidad y coordinación, asegurando la globalidad de las actuaciones y la adecuada utilización de los recursos. Esta actuación profesional se guiará por los principios del Código Deontológico del Trabajo Social, manteniendo el secreto profesional, la confidencialidad y la protección de datos personales.

La **demanda** llega a la Trabajadora Social del Centro de Salud de forma directa realizada por el propio Manuel. Es verbal, abierta e inespecífica.

El **modelo de intervención** que se seguirá será el **Modelo centrado en la persona** que rompe con el modelo institucionalizador y generalizador de la atención de las personas en el que éstas son tratadas como un todo homogéneo, y da paso a otro modelo en el que son consideradas individualmente, desde sus propias historias y proyectos de vida, intereses y preferencias, desde el respeto pleno a su dignidad y derechos, y favoreciendo su autonomía y la participación efectiva desde sus capacidades y habilidades en lugar de focalizarnos sobre sus limitaciones, necesidades o déficits.

En la intervención se emplearán diferentes **técnicas** como la **observación** que nos permite examinar, registrar, analizar y elaborar conclusiones, la **entrevista** en la que se establece una relación de ayuda y que representa la relación interpersonal de apoyo profesional entre Manuel y la trabajadora social. En caso de valorarlo y considerarlo necesario, se podría hacer una **visita domiciliaria** junto con la



trabajadora social de referencia del Centro de Servicios Sociales, ya que esta técnica nos puede permitir completar la valoración del caso social utilizando la información obtenida en el contexto natural de Manuel y nos permitirá observar de manera directa el entorno físico evaluando el nivel de acumulación de objetos, las condiciones de seguridad e higiene, y su impacto en la vida diaria. Además, realizaremos un **trabajo en red** entre diversos profesionales para abordar de manera integral las necesidades de Manuel.

Se emplearán también algunos de los **instrumentos** documentales recogidos en el Preámbulo de nuestro Código Deontológico del Trabajo Social:

- Se registrarán exhaustivamente los datos significativos de la situación socio-familiar de Manuel, la demanda, el diagnóstico, la intervención y la evolución de tal situación en la **Historia social**.
- Se utilizará la **Ficha Social**, como soporte documental del Trabajo Social, en el que se registrará la información sistematizable de la historia social.
- Se elaborarán, cuando sea preciso, **Informes Sociales**, que son el dictamen técnico que sirve de instrumento documental y que elabora y firma, con carácter exclusivo el profesional del Trabajo Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, una valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.

Nuestra intervención social estará encuadrada en el siguiente **marco legislativo**:

- Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948.
- Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
- Código Deontológico del Trabajo Social aprobado el 9 de junio de 2012.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de personas con Discapacidad y de su Inclusión social.
- Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> En este apartado, incluiremos la Legislación de la Comunidad Autónoma o municipio donde se enmarque la intervención. En este caso, y como ejemplo, lo ubicamos en Madrid.



La **metodología** que se va a emplear será dinámica, flexible y participativa en la búsqueda de la máxima implicación de Manuel en todo el proceso a través del consenso de todas las actuaciones. Esta metodología desarrollará la intervención profesional empleando el **Método Básico en Trabajo Social** que consta de 5 fases: investigación, diagnóstico, elaboración del diseño de intervención social, ejecución y evaluación. Con este método se pretende estructurar de una forma ordenada y planificada toda la actuación profesional.

### 1. Estudio -investigación del caso.

En esta fase trataremos de conocer todos los datos posibles que nos sitúen ante el campo de actuación. Partiendo de la demanda expresada por Manuel, realizaremos un estudio individual-familiar para obtener los datos necesarios y detectar los indicadores de riesgo y los factores de protección.

Para facilitar el estudio, vamos a organizar la información por áreas. Es importante señalar que, debido al carácter circular y a la influencia de las problemáticas, éstas se abordarán en algunos aspectos de manera simultánea, es decir, no se esperará a los resultados en un área para pasar a la siguiente:

#### ÁREA FAMILIAR:

Familia compuesta por:

- Manuel, viudo, sin hijos.
- Tiene 2 hermanas con las que no mantiene relación.

#### AREA RELACIONAL (ENTORNO):

- Manuel desconfía de las personas.
- No permite a nadie entrar en su casa.
- Permaneció 2 meses en un recurso residencial, pero se marchó voluntariamente.

#### ÁREA LABORAL Y ECONÓMICA:

- Manuel percibe una pensión de jubilación de 921 €.

#### ÁREA VIVIENDA:

- Manuel vive en una vivienda de propiedad.

#### ÁREA SANITARIA:

- Manuel padece una miocardiopatía alcohólica que le causa dificultades para respirar, fatiga y episodios de arritmias.
- Continúa consumiendo alcohol ocasionalmente.
- Es irregular en la toma de medicación y en el seguimiento de una dieta adecuada



- Presenta un aspecto desaliñado y falta de higiene.
- No tiene un diagnóstico de deterioro cognitivo por parte de un médico especialista.

Otros aspectos a evaluar en esta fase de estudio y conocimiento de la realidad y que son de gran importancia para conocer las posibilidades de cambio de la situación son los **indicadores de riesgo** y los **factores de protección**.

Son **indicadores de riesgo**:

- Miocardiopatía alcohólica de Manuel sin correcto control.
- Dificultades para respirar, fatiga y episodios de arritmias.
- Consumo de alcohol activo.
- Falta de adherencia al tratamiento prescrito.
- Sigue una dieta inadecuada.
- Rechaza dejar entrar a nadie en su domicilio.
- Es desconfiado hacia las personas.
- Falta de apoyo familiar y social.
- Presenta un aspecto desaliñado y falta de higiene.
- Posible acumulación de objetos en el domicilio.

Son **factores de protección**:

- Petición directa de la ayuda por parte de Manuel.
- Vivienda en propiedad.
- Existencia de ingresos económicos, aunque sean escasos.

## 2. Diagnóstico social

Partiendo de lo expuesto, podemos realizar el siguiente **DIAGNÓSTICO SOCIAL**:

Unidad familiar unipersonal formada por Manuel de 68 años, viudo, sin hijos y con nula relación con su familia extensa, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad social debido a la confluencia de diversas variables que se influyen entre sí.

Manuel padece **miocardiopatía alcohólica**, una enfermedad que le provoca **dificultades respiratorias, fatiga y episodios de arritmias**, lo que afecta su capacidad para llevar una vida normal. A pesar de las advertencias médicas, **sigue consumiendo alcohol** ocasionalmente y no está llevando a cabo un adecuado control de su enfermedad, siendo **irregular en la toma de medicación** y en el seguimiento de una **dieta adecuada**. Estas conductas agravan su estado de salud, al tiempo que no



facilita la posibilidad de recibir apoyo de los profesionales sanitarios o sociales, dado que **no permite que nadie entre en su domicilio** y muestra una **actitud de desconfianza hacia las personas**, especialmente cuando se mencionan cuestiones económicas o el ingreso en una residencia.

A **nivel familiar**, es importante destacar que **carece de apoyo** y se encuentra en situación de aislamiento, lo que aumenta su vulnerabilidad. Esta situación se agrava por la negativa a aceptar ayuda y por el rechazo previo de un recurso residencial, del que se marchó tras dos meses, manifestando incomodidad con el ambiente y las normas. A su aislamiento se suma el hecho de que **presenta un aspecto desaliñado, signos de falta de higiene y acumulación de objetos en el domicilio**, lo cual puede reflejar un deterioro en sus capacidades de autocuidado.

A las dificultades y necesidades descritas, se suman elementos potenciadores del cambio, como el hecho de que **Manuel ha acudido al despacho de Trabajo Social** en busca de orientación, acompañado por su doctora, lo que sugiere una demanda de ayuda implícita. Además, cuenta con una **vivienda en propiedad** y percibe una **pensión de jubilación de 921 €**, lo que le proporciona cierta estabilidad económica que puede facilitar la implementación de medidas de apoyo.

Es necesario pues, crear un entorno estable y adecuado para que Manuel pueda cumplir las funciones de autocuidado y, de este modo, asegurar un espacio que garantice su bienestar, revirtiendo los elementos de vulnerabilidad y riesgo, potenciando los factores de protección, concienciándole sobre la situación, implicando al propio Manuel en la resolución de las necesidades y acompañándole en el aprendizaje de habilidades desde un enfoque resiliente.

En cuanto al **pronóstico**, realizando una proyección del presente al futuro si no se introducen cambios, se puede establecer que, de no intervenir modificando los factores de riesgo y dotando a Manuel de competencias para el adecuado manejo de su enfermedad y de su situación personal, ésta se agravará desencadenando en un empeoramiento de su salud que podrá derivar en una situación de un mayor riesgo social y la imposibilidad de continuar viviendo en su propio domicilio.

### 3. Diseño de intervención social.

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Atender la situación de vulnerabilidad social de Manuel, mejorando su estado de salud y apoyando en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que permita su permanencia en el domicilio en condiciones de seguridad y bienestar, mediante un vínculo de ayuda y relación profesional que facilite la intervención.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Concienciar a Manuel de las repercusiones que tiene el manejo incorrecto de su miocardiopatía alcohólica y de la importancia de seguir una dieta adecuada y evitar el consumo de alcohol.
- Dotar a Manuel de destrezas para el manejo de su enfermedad, fomentando la adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones sanitarias.



- Implicar a Manuel en el aprendizaje de habilidades para seguir correctamente su medicación y cumplir con las pautas médicas.
- Concienciar a Manuel de la importancia de activar un Servicio de Ayuda a Domicilio, apoyo en la compra de alimentos o comida a domicilio y Teleasistencia para garantizar su seguridad en el hogar.
- Fortalecer las redes de apoyo de Manuel, valorando la posibilidad de que participe en asociaciones o grupos de personas con problemas similares de salud (por ejemplo, asociaciones de personas con problemas cardiovasculares o con historial de consumo de alcohol).
- Apoyar a Manuel en la realización de tareas domésticas si fuera necesario, mediante la coordinación de recursos o servicios externos.
- Asegurar la consecución de prestaciones a las que Manuel pudiera tener derecho para mejorar su calidad de vida.
- Proporcionar formación a Manuel en materia de salud e higiene, promoviendo hábitos de vida saludables que favorezcan su bienestar general.

#### **ACTUACIONES:**

- Entrevistas individuales con Manuel para evaluar sus necesidades, fortalecer el vínculo de confianza y motivarlo hacia el cambio en su autocuidado y gestión de su salud.
- Visita domiciliaria junto con la Trabajadora Social de su Centro de Servicios Sociales de referencia para evaluar las condiciones de su vivienda, posibles problemas de acumulación de objetos, higiene, y su entorno general de vida.
- Coordinación con el Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud para asegurar el seguimiento adecuado de su miocardiopatía y cualquier otro problema relacionado con su salud.
- Información sobre procedimiento de valoración de la Dependencia teniendo en cuenta su deterioro físico y autocuidado deficiente.
- Información sobre procedimiento de valoración de la Discapacidad para analizar la posibilidad de acceder a recursos y prestaciones que puedan mejorar su situación social y económica.
- Información sobre talleres de hábitos de vida saludable realizados en el Centro Municipal de Salud Comunitaria (CMSc) de su zona.



- Coordinación con Servicios Sociales para establecer el Servicio de Ayuda a Domicilio, comida a domicilio, y para la activación del servicio de Teleasistencia, asegurando que Manuel reciba el apoyo necesario en su vida diaria y aumentando su seguridad en su propia vivienda.
- Coordinación con asociaciones de personas con problemas cardíacos o con historial de consumo de alcohol, para fortalecer las redes de apoyo de Manuel y fomentar su participación en entornos donde pueda compartir experiencias con otros.
- Inclusión de Manuel en grupos de ayuda mutua para fomentar el desarrollo de sus capacidades y proporcionar apoyo emocional que ayude a reducir su aislamiento social.
- Derivación al Centro de Atención a Adicciones si se considera oportuno, dado su consumo ocasional de alcohol, para evaluar su situación y apoyar en la reducción o eliminación del consumo.

Por último, hay que destacar que, en la búsqueda de la máxima implicación de Manuel en el proceso de intervención, se realizará una devolución de toda la planificación para ajustarla y consensuarla con él en la medida de lo posible.

Los **recursos** a utilizar en la consecución de los objetivos se pueden resumir en los siguientes:

- **Recursos personales:**
  - El propio Manuel, como actor principal en su proceso de mejora.
  - La Trabajadora Social del Centro de Salud.
  - La Trabajadora Social del Centro de Servicios Sociales del distrito.
  - Los profesionales de otros servicios, incluyendo:
    - Equipo médico de Atención Primaria (su doctora y otros profesionales de salud).
    - Equipo de los Centros Municipales de Salud Comunitaria.
    - Equipo de los Centros de Atención a Adicciones.
    - Equipo del Servicio de Ayuda a Domicilio, comida a domicilio y Teleasistencia.
  - Personal y miembros de asociaciones de apoyo para personas con problemas cardíacos o adicciones.
- **Recursos económicos y materiales:**
  - Pensión de jubilación de Manuel, que le proporciona ingresos económicos estables (921 €).
  - Vivienda de propiedad, que le ofrece un lugar donde vivir.
  - Instalaciones de los Centros de atención, como el Centro de Salud, el Centro Municipal de Salud Comunitaria (CMSc), y los recursos del Centro de Servicios Sociales.



## 4. Ejecución

Esta fase supone la puesta en marcha de lo planificado. En este momento de la intervención es muy importante encontrar un punto intermedio entre:

- Respetar el ritmo de Manuel para no cargarle en exceso en la consecución de objetivos.
- Y saber movilizar y motivarle para no caer en la cronificación, siempre en clave de acompañamiento.

La intervención se dirigirá a nivel individual apoyando a Manuel y a nivel comunitario en coordinación con los profesionales de otras Administraciones y entidades, fomentando la participación de Manuel en los recursos de su entorno.

Se concretará la intervención a través de los objetivos marcados y las actuaciones previstas a corto y medio plazo (0-6 meses).

La planificación del Diseño de Intervención social con Manuel se podría estructurar de la siguiente forma:

- **Actuaciones a corto - medio plazo (0-3 meses):**
- **Entrevistas individuales con Manuel:**
  - Realizar entrevistas para evaluar sus necesidades inmediatas, crear un vínculo de confianza y motivarlo para mejorar su autocuidado y gestión de su salud.
- **Visita domiciliaria:**
  - Realizar una visita domiciliaria con la trabajadora social de Servicios Sociales para evaluar las condiciones de su vivienda (posible acumulación de objetos, higiene y entorno general de vida).
- **Coordinación con el Equipo de Atención Primaria:**
  - Establecer comunicación con su doctora para asegurar el seguimiento médico de su miocardiopatía y otros problemas de salud, así como la adherencia a su tratamiento y la gestión de su dieta y medicación.
- **Información sobre la valoración de la Dependencia:**
  - Informar a Manuel sobre el procedimiento para solicitar la valoración de la Dependencia, considerando su deterioro físico y problemas de autocuidado.
- **Información sobre la valoración de la Discapacidad:**
  - Proporcionar información a Manuel sobre la solicitud de la valoración de discapacidad, para que evalúen si cumple los requisitos para acceder a recursos adicionales que mejoren su situación económica y social.
- **Activación del Servicio de Ayuda a Domicilio, comida a domicilio y Teleasistencia:**
  - Coordinar con Servicios Sociales para asegurar que Manuel reciba ayuda en su vida diaria, garantizando su seguridad y apoyo en el hogar. Supervisar su uso de estos servicios.
- **Derivación al Centro de Atención a Adicciones:**
  - Evaluar la necesidad de derivar a Manuel al Centro de Atención a Adicciones para abordar su consumo ocasional de alcohol y trabajar en la reducción o eliminación del consumo, con apoyo especializado.



- **Información sobre talleres de hábitos de vida saludables:**
  - Informar a Manuel sobre la existencia de talleres en el Centro Municipal de Salud Comunitaria (CMSc) de su zona, animándolo a participar en sesiones sobre nutrición, manejo del estrés y hábitos de vida saludable.
- **Actuaciones a medio plazo (3-6 meses):**
- **Coordinación con asociaciones de apoyo:**
  - Facilitar la participación de Manuel en asociaciones de personas con problemas cardíacos o con historial de consumo de alcohol para fomentar redes de apoyo y la participación en entornos donde pueda compartir experiencias y recibir apoyo emocional.
- **Inclusión en grupos de ayuda mutua:**
  - Incluir a Manuel en grupos de ayuda mutua para reducir su aislamiento social, desarrollar sus capacidades y mejorar su bienestar emocional a través del apoyo compartido con otras personas en situaciones similares.
- **Supervisión continua y reajuste del plan:**
  - Realizar seguimiento regular para evaluar la evolución de Manuel en cuanto a su salud física, emocional y social, y ajustar las intervenciones según sea necesario, fomentando su autonomía y bienestar a largo plazo.

Esta planificación aborda tanto las necesidades inmediatas como las de medio plazo, permitiendo una intervención integral que mejore la calidad de vida de Manuel, asegurando su salud y bienestar en el entorno domiciliario.

## 5. Evaluación

Entendemos por Evaluación el proceso de reflexión y valoración que nos permite recoger de forma sistemática toda aquella información que nos ayude a introducir modificaciones, subsanar errores, reforzar aciertos y medir el grado de consecución de los objetivos.

Evaluaremos los resultados en base a indicadores cuantitativos e indicadores cualitativos:

- **Indicadores cuantitativos:**
  - Nº de entrevistas citadas y realizadas.
  - Nº de visitas domiciliarias citadas y realizadas.
  - Nº de derivaciones realizadas.
  - Nº de coordinaciones realizadas.
  - Nº de recursos y prestaciones gestionadas (aceptados / denegados).
  - Asistencia a actividades programadas (nº de talleres de hábitos de vida saludables realizados en el Centro de Salud Comunitaria (CMSc), nº de reuniones en asociaciones de personas con problemas cardíacos o con historial de consumo de alcohol).
  - Nº de servicios de Ayuda a Domicilio activados.
  - Nº de servicios de comida a Domicilio gestionados.
  - Nº de servicios de Teleasistencia Domiciliaria activados.
  - Nº de Valoraciones de la Dependencia realizadas.
  - Nº de Valoraciones de la Discapacidad realizadas.



- **Indicadores cualitativos:**

- Mejora subjetiva de la situación percibida por Manuel.
- Grado de aceptación de la intervención por parte de Manuel.
- Mejora del estado de salud de Manuel y de su higiene personal.
- Grado de implicación y participación de Manuel en las distintas actividades y tareas.

Para terminar, se hará un seguimiento y revisión de la situación contando con la participación de Manuel. Si una vez cumplido el plazo máximo de intervención establecido en 6 meses no se han producido mejoras o se ha agravado la situación, será necesario rediseñar el proceso y formular una nueva Planificación de la intervención social.

