

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

Resumen

El presente estudio de caso pretende visibilizar la intervención y acompañamiento desde el trabajo social a una mujer que, por sus circunstancias sociosanitarias sobrevenidas, requiere del abordaje de una gran variedad de sectores, ámbitos y profesionales, tan diversos que podría definirse como un caso de alta complejidad. Situando a la persona usuaria en el centro de la atención; potenciando la figura de la trabajadora social de referencia de una asociación y destacando el intenso trabajo en red ejercido desde el trabajo social, que ha dejado expuestas las carencias de los propios sistemas implicados.

Palabras clave

Estudio de caso. Intervención Social. Acompañamiento. Trabajo en red. Trabajadora social de referencia.

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

Abstract

The present case study aims to make visible the intervention and support from social work to a woman who, due to their unexpected socio-health circumstances, requires the approach of a wide variety of sectors, fields and professionals, so diverse that it could be defined as a high-risk case complexity. Placing the user at the center of care; promoting the figure of the reference social worker of an association and highlighting the intense networking carried out by social work, which has exposed the shortcomings of the systems involved.

Keywords

Case study. Social Intervention. Accompaniment. Networking. Reference social worker.

Autoras / Authors

María Victoria López Cuesta

Trabajadora social de Servicios Sociales Ayuntamiento de Ceutí (en excedencia en Asociación del Tercer Sector, discapacidad). Máster en terapia narrativa y trabajo comunitario por la Universidad de Extremadura. Presidenta Comisión Deontológica del COTS Región de Murcia.

lopezcuestavictoria@gmail.com



Daniel Serrano Sánchez

Trabajador social Asociación del Tercer Sector, discapacidad.

danielserranosanchez123@gmail.com



RECIBIDO: 13.11.23 | REVISADO: 22.12.23 | ACEPTADO: 27.12.23 | PUBLICADO: 29.12.23

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

Introducción

La idea de caso de alta complejidad nace del cruce de patologías de la usuaria de forma sobrevenida y su complejo abordaje desde los diferentes sistemas sanitarios y sociales. La figura de la trabajadora social de referencia, en este caso, de una asociación, adquiere un papel relevante, no solo en la intervención y en el acompañamiento realizados durante todo el proceso, sino también en el despliegue desarrollado, para realizar un trabajo en red desde todos los ámbitos y actores implicados, con la finalidad de que la usuaria y su familia, obtuvieran protección sociosanitaria que les permitiera una mejor calidad de vida, ampliaran su red de apoyo, y a su vez, se primara el principio de autonomía y autodeterminación en todo lo concerniente a su autocuidado y proyecto de vida.

En relación a los ámbitos implicados en el desarrollo favorable, estos han abarcado desde servicios sociales, tercer sector, hospital, centro de salud, centro de salud mental, emergencias sociales hasta justicia. En relación a los actores, estos han sido en su mayoría trabajadores/as sociales, también se ha intervenido de forma conjunta con psiquiatras, enfermeras, médicos y fiscales.

Todos los datos y nombres que aparecen en este artículo están disociados. Las personas sujetos de la investigación han dado su consentimiento para la publicación de este estudio.

1. Conceptos

1.1.- Alta complejidad

Castellanos (2012) entiende la alta complejidad como:

El grupo de atenciones en las cuales se requiere mayor producción de nuevo conocimiento en situaciones más difíciles o la producción simultánea de nuevo conocimiento desde varias especialidades con niveles de mayor experticia en el manejo del problema específico de atención en salud que tiene la persona. Incluso implica que las instituciones y grupos planteen retos innovadores como el de hacer de mejor forma y de manera distinta los procesos diagnósticos y terapéuticos con los mismos recursos.

Para acercarnos al diagnóstico clínico del caso que nos ocupa, debemos conocer las características y sintomatología del mismo.

1.2.- Parkinsonismo inducido por fármacos

La diferencia entre el párkinson y el parkinsonismo es clara: el primero es una enfermedad degenerativa, el segundo es una manifestación de la Enfermedad de Parkinson, o de otra dolencia, es decir, lo que llamamos un síndrome, que puede ser por muy diversas causas: fármacos, infartos cerebrales, otras enfermedades degenerativas como un Parkinson-Plus, etc (...) El parkinsonismo plus es una dolencia que se manifiesta con características que no responden a la medicación, aparecen síntomas atípicos, se desarrolla de forma rápida... Es decir, la causa es otro tipo de enfermedad, no la Enfermedad de Parkinson (Conoceelparkinson, 2020).

Se ha afirmado que el parkinsonismo inducido por fármacos (DIP) es la causa más prevalente de parkinsonismo secundario en la práctica clínica en el mundo occidental. Desde las primeras descripciones a principios de la década de 1950, la prevalencia de DIP parece

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

estar aumentando y acercándose a la de la enfermedad de Parkinson idiopática (iPD), debido al envejecimiento de la población y al aumento de la polifarmacoterapia (López, 2019).

Los factores de riesgo para desarrollar DIP incluyen:

Edad avanzada, género femenino, dosis y duración del tratamiento, tipo de agente utilizado, deterioro cognitivo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, discinesia tardía y trastorno del movimiento preexistente. En la mayoría de los pacientes el parkinsonismo es reversible al suspender el fármaco que lo ocasiona, aunque pueden pasar varios meses hasta resolverse completamente y en algunos pacientes incluso puede persistir (López, 2019).

La enfermedad del Parkinson suele conocerse por sus síntomas motores característicos (bradicinesia, temblor y rigidez). También implica cambios emocionales y comunicativos que pueden causar importantes alteraciones en el funcionamiento social. Estos incluyen problemas para producir expresiones faciales emocionales (hipomimia facial) y habla emocional (disartria), así como para reconocer las señales emocionales verbales y no verbales de los demás. Estos síntomas sociales pueden tener consecuencias sociales negativas graves, como el estigma, la deshumanización y la soledad, que pueden afectar la calidad de vida en mayor medida que los síntomas motores o cognitivos más reconocidos.

Estos síntomas sociales pueden extenderse a los cuidadores de personas, ya que pueden sentirse solos debido a la naturaleza de su función de cuidador y las consecuencias de la estigmatización (Prenger, Madray, Van Hedger, Anello y MacDonald, 2020).

1.3.- La intervención y el acompañamiento social

Hemos de entender el significado de intervención desde un punto de vista holístico, como una acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades, cuyos objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía (Barranco, 2004).

La intervención social se traduce en aprender cómo poder acercarnos a quienes más la sufren o corren el riesgo de sufrirla, así como quienes configuran los equipos profesionales en los que nos integramos con el objetivo de mitigarla, algo que entraña, entre otras cosas, ser capaces de considerar a las personas en su dimensión subjetiva, poder abarcar la pluralidad de los factores que concurren en las situaciones que padecen, y evitar la fragmentación simplificadora de la que nos hemos colmado las profesionales de lo social, impidiéndonos alcanzar siquiera la complementariedad de saberes (Bermúdez, 2011).

Cuando perseguimos solo lo objetivable de la realidad psicosocial y dejamos de indagar en la subjetividad de las personas, corremos el riesgo de alejarnos de ellas y de su verdadera necesidad o demanda (Zamanillo y Martínez, 2022).

La intervención social puede resultar insuficiente sin el acompañamiento social como parte de la misma.

Caparrós y Raya (2014) lo definen como:

Acompañar es avanzar “al lado de”, es mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma. Es

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual. Acompañar es mediar entre las instituciones, más o menos burocratizadas de una sociedad y las personas que por estar excluidas no puedan hacer valer sus derechos. El acompañamiento es pues una forma de entender la relación entre el profesional y la persona atendida en una relación horizontal, donde el profesional se sitúa en una posición de ayuda, orientación, de apoyo y no de control (...) En esta fase es imprescindible determinar quién es el profesional de referencia, sabiendo que la persona responsable del proceso de incorporación social es el propio individuo.

Revisando la literatura existente sobre la figura del/la trabajador/a social de referencia, encontramos que la mayoría la vinculan directamente al ámbito de los servicios sociales públicos (Centeño, 2020).

1.4.- Trabajo social y dependencia

Centrándonos en el proceso de construcción del contexto de intervención con la usuaria, atendemos a las indicaciones facilitadas por Ituarte (2017), en las que señala que: transcurre por diferentes fases ligadas al procedimiento del trabajo social de casos, y que ubicamos en tres momentos: un primer momento, que estaría ligado a la entrevista de primer contacto o primeros encuentros, y que podría ser denominado contexto de intervención inicial; un segundo momento, ubicado en el transcurso de la entrevista de estudio y comprensión, quedaría denominado como co-evolución del contexto de intervención; y un tercer momento situado en la entrevista de co-diagnóstico, denominado contexto de intervención para el cambio. En el transitar de un momento a otro, la definición del contexto

de intervención se va ajustando y co-construyendo en cada encuentro con la usuaria (Ituarte, 2017).

La profesión del trabajo social tiene una clara vinculación con todos los procesos derivados de las situaciones de dependencia. En estos casos, se requiere un abordaje profesional integral e integrador que contemple todas las dimensiones de las personas, y que además observe de cerca la importante labor que están llevando a cabo las familias. Por ello, para realizar una intervención integral en situaciones de dependencia, el/la trabajador/a social se mueve en diferentes posiciones en sus intervenciones, la mayor parte de ellas con un marcado componente terapéutico. Estas posiciones son flexibles, por lo que, en función de las características de la situación presentada y de las exigencias que plantee el caso en cada momento, el/la profesional se irá desplazando con soltura de una posición a otra, en base a los objetivos que se persigan con la persona y la familia (Asensio, 2017).

Estas posiciones son:

Posición de acogida; posición de acompañamiento; posición de orientación; posición de motivación; posición de mediación; posición de investigación; posición de planificación; posición de control; y posición de informador oficial (...) lo importante es ejercer todos estos roles con una postura abierta, siendo versátil, y actuando con conciencia sobre ciertos elementos clave que marcan los distintivos de la labor terapéutica respecto de la labor del trabajo social sin más (Asensio, 2017).

1.5.- Trabajo social individual

El trabajo social individualizado sigue considerándose un instrumento fundamental, porque se

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

ha fortalecido por su larga experiencia científica y práctica, asentándose en sus valores y principios éticos, diseñados por sus precursores, pero, en los últimos treinta años han alcanzado un alto nivel de perfeccionamiento en sus desarrollos teóricos, metodológicos y técnicos, inspirados en nuevas corrientes epistemológicas más acordes con los tiempos actuales. La aplicación del Trabajo Social individualizado como un método de intervención es un método imprescindible en los centros de servicios sociales, porque convierte a la persona en protagonista de su propio cambio frente al aislamiento social de las actuales sociedades (Fernández y Ponce, 2019).

Para hablar de trabajo social individual o de cualquiera de sus metodologías es necesario aproximarse a conceptos como “diagnóstico social” e “informe social”.

Ormaetxea, Duque, y Laka (2020) definieron el diagnóstico social como un acto profesional del trabajo social, una fase del proceso metodológico de la intervención. Implica un acto intelectual, una reflexión sobre los datos recogidos a partir de unos criterios comunes: temporal de aplicación, de exploración, descriptivo e interpretativo-valorativo.

Pretende conocer las interacciones sociales de la persona con el entorno social, los recursos de la propia persona (relacionales, cognitivo-compensacionales, emocionales, físico-biológicos- orgánicos-funcionales y materiales) y el estado de satisfacción de las necesidades de la persona. Según estas autoras, el diagnóstico social implica:

- Una intervención, ya que puede, por sí misma, generar cambios en la persona, familias y grupos.

- Una interacción relacional con la persona y sus redes. A través de entrevistas con estilo de conversación estructurada con énfasis en lo relacional, visitas domiciliarias y otras acciones como contrastes con otros servicios públicos, agentes sociales y comunitarios.

Siguiendo la recomendación colegial para la confección y presentación de informes sociales de Massons, Mata y Rivera (2018), destacar que:

- Un informe social puede cambiar de forma significativa la vida de una persona y de una familia.
- Un informe inadecuado, mal hecho, o mal redactado, no solo puede perjudicar a la persona implicada, también puede perjudicar a otros miembros del grupo familiar y de la comunidad.
- Un informe social que no se ajuste a un lenguaje, una estructura, y un contenido correcto, es un documento que perjudica al profesional que lo ha redactado y también al conjunto del colectivo profesional.

También es muy recomendable revisar el informe social con la persona, porque es la propietaria legítima del contenido del informe, y además, esto nos permite debatir conceptos y puntos de vista, exponer lo que el profesional entiende de lo que él explica y avanzar en el proceso de intervención (Massons, Mata y Rivera, 2018).

1.6.- Atención sociosanitaria y trabajo social

El trabajo social en el ámbito sociosanitario desempeña un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de las personas y sus

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

familias que enfrentan enfermedades, discapacidades y otras situaciones de vulnerabilidad. Mediante la orientación, el apoyo emocional y psicológico y la colaboración con otros profesionales de la salud, los/las trabajadores/as sociales sociosanitarios/as contribuyen al bienestar y la inclusión social de estos individuos, promoviendo la igualdad de oportunidades en la sociedad. Para enfrentar los desafíos y aprovechar las oportunidades en este campo, es esencial que los/las profesionales se mantengan actualizados/as en sus conocimientos y habilidades, y fomenten la colaboración interdisciplinaria (Moreno, 2023).

También compartimos algunas de las conclusiones de Lima (2017) al respecto:

1. Los cambios demográficos, sociales y sanitarios de las últimas décadas plantean retos como la atención a la cronicidad y a la situación de dependencia de muchas personas que van a necesitar una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria.
2. El trabajo social tiene presencia en los sistemas de servicios sociales y salud, puede aportar un valor significativo a la concepción biopsicosocial de la salud, tanto por su área de conocimiento, como por la experiencia acumulada de más de 30 años en ambos sistemas.
3. El objeto del trabajo social ensalza el valor de lo relacional en la atención individual, grupal y comunitaria, por lo que aporta un valor añadido en la metodología de gestión de caso y el cuidado centrado en la persona.
4. La conceptualización de la coordinación y la atención sociosanitaria es diferente, sin em-

bargo, existe una gran confusión con esos dos términos, utilizándose de manera indiscriminada en muchos textos y documentos (Lima, 2017).

1.7.- El respeto en la toma de decisiones: la capacidad jurídica

Los principios generales que rigen La Convención sobre *los derechos de las personas con discapacidad*, de acuerdo con su tercer artículo son: el respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual (incluida la libertad de tomar las propias decisiones), y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (Jiménez, 2023).

Con la ley 8/2021 se sientan las bases de un nuevo sistema en el que prima el respeto a la voluntad, deseos, y preferencias de las personas con discapacidad, quienes serán, como regla general, las encargadas de tomar sus propias decisiones.

A partir de la entrada en vigor de la ley, la tutela queda suprimida para las personas mayores de edad, y, con ello desaparece la figura de la autotutela. En su lugar aparece una figura semejante a la anterior, pero, esta vez, alineada con los considerandos de la convención: la autocuratela.

El artículo 271 del CC regula la posibilidad de que cualquier persona, siempre y cuando sea mayor de edad o menor emancipada, previendo que en

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

un futuro puedan concurrir circunstancias que le dificulten el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás (por ejemplo, una enfermedad neurodegenerativa), pueda establecer una autotutela. Ello le brinda a la persona la posibilidad de configurar su futura tutela de manera que se tenga en cuenta sus preferencias concretas y detalladas en caso de que sea necesaria: nombrando a quien quiere o no quiere que sea el curador, estableciendo normas bajo las cuales se quiera que se lleva a cabo la tutela, o decidiendo las medidas de vigilancia y control que quiere que se apliquen (Jiménez, 2023).

2. Estudio de caso

2.1.- Metodología

La metodología empleada ha sido cualitativa. En cuanto al diseño se han seguido las indicaciones de Padgett (2009), se presenta como un estudio de caso ya que ha ido dirigido a una sola persona que por sus singularidades y determinantes de salud, ha sido objeto de la investigación, previo consentimiento informado.

El tipo de datos recogidos durante el diseño de la investigación han sido, sobre todo, sociosanitarios y familiares, mediante técnicas de recogida de información como entrevistas, cuestionarios y análisis de los mismos, que han permitido orientar e interpretar los hallazgos y tomar decisiones durante la ejecución del trabajo de campo.

2.2.- Descripción del caso

Hasta el servicio de atención social de una asociación, en febrero de 2022 y a través de llamada

telefónica, la hermana de la usuaria contacta con angustia, indicando que ha sido derivada por parte de una profesional del trabajo social de un centro de salud (en adelante TSCS). Esta hermana refiere que, en cuestión de meses, la usuaria, 55 años, activa laboralmente y diagnosticada de trastorno bipolar, ha pasado a estado de gran dependencia sin control de esfínteres, control de movimientos, encamada, sin posibilidad de comunicarse, requiriendo atención 24 horas del día.

La trabajadora social de la asociación será la trabajadora de referencia (en adelante TSR) planifica visita domiciliaria, con la sospecha de algún tipo de parkinsonismo. En tal visita, encuentra que la usuaria no puede comunicarse, únicamente puede decir “sí” y “no” con mucha dificultad, comprobando el estado de gran dependencia.

La TSR habla con la madre, mujer de 83 años con discapacidad visual progresiva, comprueba que ambas están muy unidas y solicita informes médicos para saber qué medicación ha tomado en relación a su enfermedad mental, ya que la TSR es conocedora de los fármacos que generan parkinsonismo. Comprueba informes médicos de salud mental y de neurólogo donde indica diagnóstico de “Cuadro de parkinsonismo severo medicamentoso”, así como otro informe del médico de rehabilitación describiendo la gravedad del caso y que contribuyó a agilizar la intervención.

La TSR indica a los familiares y a la usuaria que comuniquen la situación actual e informes nuevos de salud a su psiquiatra, y si es posible, sea revisado su tratamiento por ambos especialistas, neurólogo y psiquiatra. La situación queda pendiente para una segunda visita y una valoración integral.

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

En esta primera visita:

- La usuaria se encuentra viviendo en el domicilio de la madre, ya que el suyo presenta barreras físicas muy significativas.
- Está de baja laboral sin grado de discapacidad y dependencia reconocido ni incapacidad laboral.
- Las dos hermanas que conviven con la usuaria presentan enfermedad mental, una con trastorno bipolar, y otra en situación de exclusión social con esquizofrenia paranoide.
- La discapacidad visual progresiva de la madre.
- La necesidad de actualizar informes médicos.

Transcurridos unos días desde la última visita, la hermana de la usuaria llama a la TSR para indicarle que comunicó el asunto de los informes médicos y medicación a psiquiatra.

Cuando la TSR está al tanto de los nuevos informes, solicita a trabajadora social de UTS (en adelante TSUTS) hacer valoración conjunta integral del caso. En ese contacto, la TSUTS está desbordada, y nos pide una valoración integral junto al servicio de emergencias sociales.

La TSR realiza visita domiciliaria junto a policía y trabajadora social de emergencias sociales (En adelante TSEM).

La acogida fue buena por parte de la hermana y la madre de la usuaria, demostró el buen vínculo previo generado. Encontraron que la usuaria había

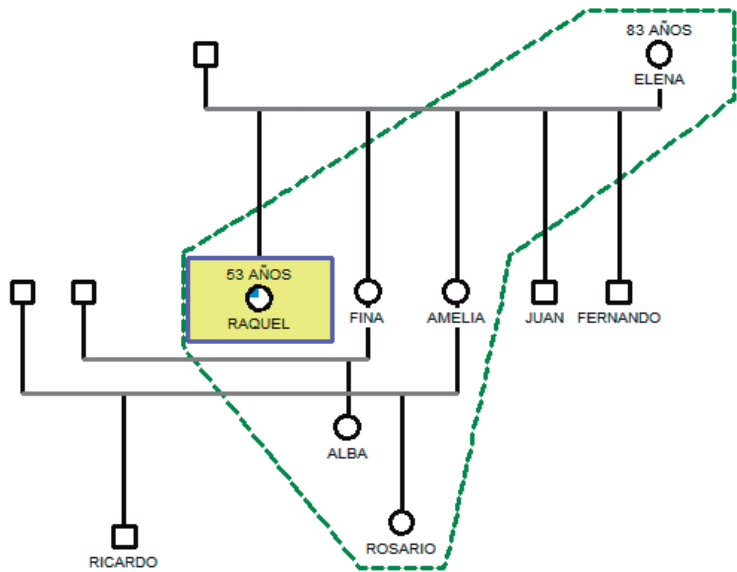


Imagen 1. Genograma familiar. Fuente: Elaboración propia. Todos los datos que aparecen están disociados.

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

sido llevada a rehabilitación en hospital, y la familia olvidó comunicarlo, por lo que el servicio de emergencias solo pudo hacer una valoración en base a los datos que se aportaron en dicha visita como por informes, empadronamiento, entrevistas, etc.

La TSEM valoró aportación de alimentos dados los bajos ingresos de la unidad de convivencia. Una de las hermanas, que se encuentra en exclusión social (así como su hija menor) no colaboró y no se quiso levantar de la cama. La otra hermana trabaja como auxiliar de enfermería, al igual que lo hacía la usuaria antes de esta situación.

Al comprobar el empadronamiento se observa que la vivienda de dimensiones muy reducidas tiene 7 personas empadronadas, exceptuando a dos de ellas, todas viven en el mismo domicilio (imagen 1).

En la visita la madre tuvo un espacio de privacidad con las profesionales, para indicar que su hija (la que no quiso atenderles), tenía problemas que afectaban a la dinámica familiar: no percibía ingresos, trastorno mental grave sin seguimiento, víctima de violencia de género, sin trabajo, sin discapacidad ni dependencia reconocidos, y con dos hijos, el cual tiene una orden de alejamiento hacia su hermana pequeña. Esta hermana y sus hijos son dependientes económicamente de la unidad familiar. Además, el hijo mayor ha usurpado la vivienda de la usuaria aprovechando su situación.

La TSR genera el vínculo con la hermana que trabaja y que también tiene enfermedad mental, para que contribuya a facilitar la intervención de los/las diferentes profesionales.

Tras la visita se recogió documentación, así como consentimiento informado (aceptó que ella

fuera su TSR) de la usuaria y se dispuso a elaborar el informe social.

Elaborar un informe social facilitó el trabajo en red, al día siguiente, fue enviado a la trabajadora social del hospital de referencia (en adelante TSHR), a la TSUTS, a la TSCS de donde fue derivada, a la TSEM, y a la trabajadora social del centro de salud mental (en adelante TSCSM).

Destacamos del informe el uso de indicadores para el diagnóstico social de Martín (2013) lo que posibilitó el diseño del trabajo en red y la activación de los diferentes actores y sistemas implicados.

La TSHR ante la situación de crisis vital de la usuaria y la ausencia de respuesta del resto de ámbitos implicados, solicita inclusión de este caso en el recurso de coordinación socio-sanitaria.

En coordinación TSR con TSHR, ésta última se encargó de recoger informes de neurólogo actualizados, reflejando secuelas y capacidad para no realizar actividad laboral, para presentar dicha documentación en los diferentes organismos. En contacto con TCSM, realizan una reunión estando presentes enfermera y psiquiatra junto con TSR y TCSM.

En tal reunión, la psiquiatra nos indica que va a revisar su medicación, y actualizará por tanto el informe de la usuaria para enviar a los organismos. Entre todas se habla de la posibilidad de comunicar a fiscalía la situación y de posibles factores de riesgo futuros. Se comunica la necesidad de seguimiento en salud mental de la hermana (en exclusión social), y se realiza una nueva visita domiciliaria conjunta entre TSCSM y TSR para valorar a ambas hermanas.

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

Mientras tanto, la TSR contacta con los miembros de la unidad familiar que aparecen en el empadronamiento y que no viven en el domicilio, uno de ellos, el hermano que vive fuera de España guarda una relación de plena confianza, y será quien facilitará la toma de decisiones en cuestiones futuras de la usuaria.

Se analiza también la situación con la hermana que está en situación de exclusión social y de su hijo, pues ha ocupado sin consentimiento la vivienda de la usuaria. Se contacta con TSEM dada la complicidad desde el primer momento y por la existencia de una figura de autoridad, la del policía. Se acordó que se diseñaría una intervención futura si la situación persiste en el tiempo, sin embargo, la usuaria en este sentido no se quiere pronunciar y se respeta su decisión de no intervención con su sobrino.

Cuando se establece el contacto, la TSR mantiene diversas reuniones en privado con la madre de la usuaria para informarle de todos los pasos llevados a cabo y de los objetivos a conseguir, igualmente lo hace con la usuaria a pesar de los graves problemas de comunicación, siempre recibiendo un consentimiento por gestos, palabras, cogiéndola de la mano, con “sí”, “no”.

Con el paso del tiempo se observó que, después de la retirada de la risperidona, mejoró su comunicación, lo que facilitó diseñar la intervención y planificar el futuro acompañamiento.

Sin obtener respuestas de coordinación sociosanitaria sobre la inclusión de esta usuaria, a excepción de la primera reunión mantenida con psiquiatra, enfermera y TSCSM, la TSR llama a la TSUTS para explicar el caso de la hermana de la usuaria y ver su posibilidad de inclusión en el Programa de

acompañamiento e inclusión. La TSUTS, valorará el caso.

Mientras tanto la TSCSM, tiene acceso a un programa informático al que la TSR no tiene, y comprobó que el verano pasado la usuaria había solicitado revisión del grado de discapacidad, observando que tiene cita para valoración de forma presencial e inminente. Ante esta situación, ambas profesionales vieron adecuado solicitar un aplazamiento dada la inmovilidad de la usuaria, que impide cualquier tipo de desplazamiento sin transporte sanitario.

La familia por iniciativa propia había solicitado discapacidad y dependencia de la usuaria, pero no aportaron informes que reflejaran la situación actual, así que la TSR contacta con el servicio de dependencia. Se considera oportuno hacerlo así ya que en un plazo muy corto habría resolución del INSS sobre la situación de gran Invalidez de la persona y todos los procesos se simplificarían. Con la colaboración de la TSHR, contactaron con el INSS, explicaron la situación y enviaron tales informes para evitar el desplazamiento.

A pesar de contactar en repetidas ocasiones por teléfono para este fin, fue totalmente inviable. De nuevo se acudió al “yo conozco”, “tú conoces”, “pásame este número”, algo que se está convirtiendo en habitual en nuestra profesión y que permite agilizar todos los trámites y trabajar en red, repercutiendo de forma favorable en la usuaria.

El INSS aceptó que TSR fuera canalizadora y nexo de comunicación entre la usuaria y el organismo y éste accedió a que se enviaran estos informes actualizados. Confiaron, sin necesidad de presencialidad, que remitieran los informes por correo electrónico para completar la solicitud con

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

su firma, lo que permitió que la usuaria fuera reconocida por el INSS con una gran Invalidez.

Durante este proceso la TSR mantuvo contacto diario con el hermano de la usuaria, en quien confiaba plenamente para la gestión de sus decisiones, patrimonio, etc. El hermano fue dando detalles que contribuyeron a mejorar la intervención del núcleo de convivencia.

Este hermano junto con la TSR, y pensando a largo plazo, empiezan a estudiar las medidas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica para la usuaria ante el inminente aumento de su capacidad económica con las futuras resoluciones.

La usuaria expresa en otra visita domiciliaria su deseo y confianza hacia su hermano, y la necesidad de hacer rehabilitación en el hospital. La TSHR consiguió que pudiera asistir a rehabilitación dos días a la semana para mejorar su autonomía. La TSR aprovecha la ocasión y el vínculo con ella para explicarle su realidad a corto, medio y largo plazo, pendiente de las variables que surjan de la intervención, que dificultan o aceleran procesos.

El organismo valorador de la discapacidad determinó a los dos meses y medio un 75% de grado de discapacidad acreditando necesidad de concurso de tercera persona sin necesidad de desplazamiento. Un mes después fue valorada con un grado III de dependencia.

Dado el vínculo generado con madre y hermano, aprovechando la visita de su hijo, la TSR los invita a un acto de sensibilización para contar su historia, a lo que acceden amablemente. En el acto institucional, la madre expuso la situación de su hija, y en lugar de solicitar ayuda a los políticos

responsables presentes, se ofreció a ayudar, resultó conmovedor y vislumbró el trabajo social que no se ve, el que se hace.

Quedaba pendiente transmitir información y orientación a la usuaria en cuestiones como su capacidad jurídica. La TSR necesitaba orientación dadas las peculiaridades del caso, pero no tenía contactos, por lo que se puso en comunicación con una especialista en justicia de su colegio profesional.

Al día siguiente a través de este contacto TSR consigue una reunión con la fiscal especializada en discapacidad y personas mayores y el fiscal jefe, donde obtuvo información para transmitir a la usuaria y a su familia, así como al conjunto de red de profesionales que habían intervenido.

Al cierre de este artículo, el hermano y la usuaria ante notario determinaron su sistema de apoyos, manteniendo informada a la TSR. El curador y la cuidadora respondieron a un cuestionario de evaluación de la intervención y acompañamiento de la TSR, lo que ha permitido saber si ésta ha repercutido de forma favorable en la resolución final.

En la actualidad, TSR explora los recursos que más se puedan adaptar al futuro de la usuaria y a su cuidadora, estudiando proyectos de apoyo a la vida independiente junto con rehabilitación, encontrándose con carencias de recursos intermedios entre los cuidados de larga duración y las residencias. Aun así, se han programado visitas con varios centros residenciales, y tras el acompañamiento realizado, la cuidadora comprobó que ambas pueden convivir juntas y recibir la atención que precisan, siendo algo que ambas deseaban.

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

2.3.- Instrumentos

HERRAMIENTA	INSTRUMENTO	TÉCNICA
Ficha de seguimiento	Proyecto de intervención	Entrevista abierta
Reuniones técnicas de coordinación	Escalas de valoración social (Cuestionario MOS y Test de Zarit)	Genograma
Manual de indicadores para el diagnóstico social (Martín, 2013).	Historia social	Observación
Ficha de seguimiento social	Informe social	Visita domiciliaria
	Ficha social	Escucha activa
		Revisión documental

Tabla 1. Instrumentos, herramientas y técnicas del trabajo social utilizados durante la intervención del caso. Fuente: elaboración propia.

2.4.- Resultados

Los tiempos actuales de resoluciones de determinados procedimientos como discapacidad, dependencia e incapacidad laboral, no responden a los tiempos de las necesidades de las personas. Se observa en la tabla 2 una desproporción entre lo que debería de ser, y lo que es.

Las observaciones, apreciaciones y descripciones de la madre de la usuaria y actual cui-

dadora de la misma, demuestran el vínculo tan positivo generado con la TSR, el cual ha facilitado una resolución adecuada y eficaz.

De las impresiones del curador se desprende, el acompañamiento social realizado por la TSR como un método que ha facilitado y favorecido una resolución también adecuada y eficaz para toda la unidad familiar:

SERVICIO	TIEMPO LEGAL	TIEMPO GENERAL APROXIMADO	TIEMPO EN EL QUE SE CONSIGUIÓ
GRADO DE DISCAPACIDAD	6 meses a contar desde la fecha de la solicitud	14 meses aproximadamente	1 mes (desde solicitud de aplazamiento)
GRADO DE DEPENDENCIA	6 meses a contar desde la fecha de la solicitud	12 meses aproximadamente	2 meses
INCAPACIDAD (Gran Invalidez)	365 días prorrogables en 6 meses más	365 días prorrogables en 6 meses más	2 meses

Tabla 2. Tiempo de resolución de los diferentes procedimientos en la actualidad. Fuente: elaboración propia.

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CURADOR

1. ¿Cómo valoras la situación sociosanitaria de tu hermana antes de la intervención de la trabajadora social? ¿Y del entorno familiar?

Tengamos en cuenta una realidad, y es que ninguna persona espera, ni valora, ni se prepara, para que un familiar muy cercano, tanto como de primer grado, adquiera una situación de dependencia absoluta, bien sea esta sobrevenida por accidente o por negligencia médica.

Tanto la gestión médica como con la Administración, es algo que no solo requiere tiempo, sino también trámites y conocimientos que la gran mayoría de familiares de personas dependientes no poseemos.

Evidentemente, los familiares no sabemos gestionar esta situación, ni compaginarla con la vida habitual, por lo que se hace indispensable la guía, supervisión, gestión y ayuda de una persona como La Trabajadora Social.

2. ¿Qué resaltarías de la intervención realizada por la trabajadora social de referencia? ¿Algún punto fue más destacable o te llamó más la atención con respecto a la intervención realizada por otras trabajadoras sociales?

El punto de partida para un familiar, una vez diagnosticada una situación de dependencia, es el hospital, pero he de decir que no nos derivan a ninguna trabajadora social, ni centro de ayuda. Nos hemos de dirigir al centro de salud más cercano y comenzar con contactos y gestiones que desconocemos. Bien es cierto, que la trabajadora social del centro de salud, nos guía en los pasos a

dar, documentos a aportar y plazos en la gestión, pero hemos de resolverlo nosotros, en referencia a cumplimentación, presentación y un seguimiento cercano. Es cierto, que lo expuesto, es nuestra obligación como familiares resolverlo y no cabe duda que hay que progresar en todos los procesos y trámites.

Aquí, y fuera de conductos oficiales, hubo un punto de inflexión, al tomar contacto con la trabajadora social de referencia. Gracias a su empatía, resolución ante problemas y, por supuesto, experiencia profesional, nos orientó en la nueva situación de mi hermana, a saber aceptar y compaginar con nuestra vida cotidiana, a ver la nueva realidad con otra perspectiva más positiva, visitas a domicilio y contacto muy cercano, interesándose por nuestra situación familiar, ciertamente gestionó y tramitó documentos, que reconozco, que por nuestra cuenta, seríamos mucho más lentos en solucionar.

3. Valora del 1 al 10 la información orientación y asesoramiento recibido por la trabajadora social de referencia.

Mi madre, mi hermana y yo, creemos que una valoración acertada sería aquella, que de alguna manera global refleje nuestro nivel de satisfacción con la trabajadora social de referencia, su cercanía y empatía denodada, resolución y profesionalidad, por la que sin duda, la situación social de mi hermana, hoy, sería otra muy distinta. Por todo ello, decidimos que una puntuación de 10 es lo más cercano.

4. ¿Piensas que la trabajadora social de referencia que ha intervenido con tu hermana lo ha hecho bajo un enfoque ético? De no ser así, ¿bajo qué enfoque considera?

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

No podemos focalizar solo en la ética el comportamiento de la trabajadora social de referencia, sin tener en cuenta también un alto grado de empatía que comporta una casi implicación personal en la solución de problemas, con la consabida fatiga emocional a su persona. En el desempeño de su labor social, para con nosotros, ha mantenido una constante moral, alta profesionalidad demostrada y, por supuesto, actitud resolutoria.

5. ¿Qué ha conseguido tu hermana gracias a la intervención de esta profesional? ¿En cuánto tiempo?

Mi hermana, previo al contacto con la trabajadora social de referencia, estaba en una situación social de exclusión, en cama, hoy tiene una situación de dependencia reconocida, ayudas y servicios sociales, que hacen a ella y a su familia una vida mejor. Gracias a la trabajadora social, pudimos comenzar un nuevo camino, con mi hermana, en poco más de 3 meses.

6. ¿Cuál es la relación de tu madre cuidadora con esta profesional?

Para nosotros, la trabajadora social ha demostrado ser una persona que merece nuestra absoluta confianza, sigue siendo cercana y se interesa por nuestra situación social, de forma regular.

7. ¿Habías oído hablar anteriormente del sistema de apoyos curatela, etc.? De ser no ¿quién te introdujo en estos términos?

No, sólo desconocía esta terminología, sino otras muchas que debía de conocer, y gracias al asesoramiento de la trabajadora social de referencia, puedo desenvolverme mejor.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CUIDADORA

1. ¿Cómo valorarías la situación antes de la intervención de la trabajadora social? ¿Y después?

La trabajadora social de referencia que nos ha tocado ha sido como un ángel, cuando entró por la puerta vi el entusiasmo, la indignación en sus ojos, y la empatía que tuvo cuando vio cuál era nuestra situación. Antes de ella no conocía nada, y ahora estoy mucho más enterada de todo. Tampoco pone condiciones y va convencida a dónde sea.

2. Destacarías algún aspecto concreto de la trabajadora social de referencia?

Todo, cualquier cosa buena que diga se queda corta. Ella ha estado con nosotras durante todo el proceso y sigue aún.

3. Valora la información, orientación y asesoramiento recibido por la trabajadora social de referencia del 1 al 10

Un diez.

4. ¿Consideras que la trabajadora social de referencia ha actuado bajo un enfoque ético?

Por supuesto, lo que se ha movido y ha hecho por nosotros no tiene precio. Una persona buena, decidida con lo que hace y tiene un saber hablar... es un don que ella tiene.

5. ¿Cómo valorarías transcurridos los meses la intervención y acompañamiento de esta profesional?

Un 10, solo puedo dedicarle buenas palabras.

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

3. Discusión

Observamos como las comunicaciones para agilizar la intervención han requerido hacer “trabajo social de contrabando” y a no acomodarse a ciertas rutinas sin reflexiones previas (Celiméndiz, 2023). Esta observación, puede plantear multitud de dilemas éticos con el doble objetivo de hacer bien nuestro trabajo y de acompañar a la persona como es debido.

Mary E. Richmond decía: “La única práctica lamentable del trabajo social es aquella que se acomoda a una cierta rutina, a la adopción invariable de las mismas medidas ante cualquier situación sin ninguna reflexión previa o espíritu de aventura”, la complejidad e importancia de hacer un trabajo social no sometido, en cercanía con las reflexiones de Celiméndiz: “aquel que se hace en condiciones adversas, para brindar la mejor atención posible con las escasas herramientas disponibles”. Este trabajo ha expuesto lo que se puede llegar a conseguir en la intervención y acompañamiento ejerciendo un trabajo social en esas circunstancias, pero con una óptica ética, en la que el planteamiento de los dilemas derivados de la praxis, juegan un rol fundamental.

Nos sentimos identificados con la distinción de Banks (1997) entre:

Profesional defensivo: actúa según reglas, cumplen con sus deberes y responsabilidades definidos por la organización y la ley; no es necesario asumir ninguna responsabilidad extra si se han seguido con las reglas y los procedimientos; los trabajadores sociales son técnicos o funcionarios; al cumplir con mi deber, satisfago los deberes de la organización; más que desempeñar una acción correcta, se separan valores personales e institu-

cionales, siendo estos últimos los que conforman el papel del profesional.

Profesional reflexivo: reconoce los conflictos y dilemas éticos; confían en sus propios valores y en la forma de llevarlos a cabo; integran valores, conocimientos y capacidad; reflexionan sobre la práctica y aprenden de la misma; están preparados para asumir riesgos y responsabilidades morales; reconocen que los valores personales y los institucionales pueden contraponerse, y es el profesional el que tiene la responsabilidad moral de tomar decisiones ante conflictos.

Una interacción relacional debería ir dirigida a ofrecer una relación genuina de colaboración a la persona. Parte de la creencia en las competencias y en las capacidades del otro, ve a la persona por delante del problema y busca generar vínculos (Navarro, 2023).

Durante la intervención surgieron reflexiones sobre si la TSR debería haber esperado a realizar su valoración a que otros organismos públicos lo hicieran, con el consiguiente perjuicio a la usuaria y a su familia. Entonces ¿realizó una mala praxis?, ¿ejerció fuera de sus competencias? Si es cierto que la TSR antes de realizar una valoración más integral, contó con los organismos públicos competentes, pero no esperó, actuó informando de que iba a intervenir dada la gravedad y la complejidad del mismo y que iba a mantener informados a todos.

Resuena en nosotras, el concepto de doble injusticia, aquel que vive la usuaria por su situación, sumado al del propio fracaso del sistema. Requiere que la TSR determine sus actuaciones bajo el prisma de la ética y deontología profesional, facilitando que la usuaria, estuviera en el centro de

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

la intervención, primando su toma de decisiones sobre todos los ámbitos de su vida.

4. Conclusiones

La intervención y acompañamiento social en situaciones de crisis vital, se erigen como dos líneas con las que desarrollar nuestra profesión, clarificando así el paradigma en el que está envuelto el trabajo social en la actualidad y potenciando su dignificación.

Este trabajo ha expuesto los largos plazos de los procedimientos tan rígidos que no contemplan las dificultades de las personas en situación de crisis vital, obligándolas a desplazarse a los organismos para ser valoradas, cuando debería de ser al revés, constituyendo un problema creciente en los ámbitos sociosanitarios, y que requiere de una coordinación rápida y eficaz.

El no cumplimiento de los plazos legales establecidos, fomenta la exclusión y la discriminación social, además del maltrato institucional, que no contempla ni facilita los procedimientos a las personas que por derecho y dificultades sobrevenidas no pueden acceder en igualdad.

El informe social activó los diferentes sistemas y actores implicados para un buen desarrollo del caso, y por tanto ha facilitado el trabajo en red.

Ponemos énfasis en la supervisión profesional de la TSR, la cual ha contribuido a mejorar su praxis; proteger los derechos de la usuaria facilitando su toma de decisiones; contrastar información y conocimiento con otros TS y ampliar su mirada en aras a mejorar la intervención desde un enfoque ético, dotándola de eficacia y transparencia.

Respeto activo a la persona, grupo o comunidad; aceptación de la persona; superación de categorizaciones; ausencia de juicios de valor; individuación; personalización; promoción integral de la persona; igualdad de oportunidades, de derechos, de equidad y de participación; solidaridad; justicia social; reconocimiento de derechos humanos y sociales; autonomía; autodeterminación; responsabilidad y corresponsabilidad; coherencia profesional; colaboración profesional e integridad (Código Deontológico de Trabajo Social, 2012). Son principios que quedan expuestos en el desarrollo de este estudio.

Y aunque este trabajo haya contribuido a una resolución satisfactoria y eficaz, no nos exime de prestar especial atención durante el trabajo en red al deber de la confidencialidad y al secreto profesional, constituyendo una obligación en nuestra actuación y un derecho de la usuaria.

Es necesario contemplar factores sociales que afectan a las personas para ofrecer una atención integral que dé respuestas a sus necesidades, lo mismo para el entorno sociofamiliar de la usuaria, o bien porque no pueden ejercer funciones de autonomía en la toma de decisiones, o la influencia de enfermedades, o bien cuando requieran u opten por un apoyo por parte de su entorno sociofamiliar (Cubero y Yusta, 2021).

La figura de los/las trabajadores/as sociales es el perfil profesional más completo e idóneo para trabajar la metodología de gestión de casos, ya que trabaja de forma holística, centrada en la persona, mejora su autonomía y participación social, y por consiguiente es la figura que genera, mantiene y estabiliza el trabajo en red, independientemente del ámbito donde lo desarrolle, lo hace de forma efectiva. (Intagliata, J.1982, citado por Sarabia, 2009).

High complexity case study: intervention and support from social work to a woman affected by parkinsonism and bipolar disorder

Si no hay red, la crea, la facilita, no solo con el sistema y los actores implicados, sino con la usuaria y su entorno familiar, protegiendo y promoviendo así las relaciones de convivencia entre las personas usuarias y su contexto.

BIBLIOGRAFÍA

Asensio, Inmaculada (2017). *Prácticas de trabajo social: el enfoque terapéutico de la intervención social en la atención a personas en situación de dependencia*. Nau Libres.

Banks, Sarah, (1997). *Ética y Valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Barranco, María del Carmen (2004). La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 79-102. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5592>

Bermúdez, Claudia. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 16, 83-101. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261388005>

Castellanos Ramírez, Julio César, (2012). Alta complejidad: ¿un tema médico o económico? *Universitas Médica*, 53(2), 115-119. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231024382001>

Centenero, Fátima. (2020). *El trabajador social como gestor de entidades no lucrativas* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/101663>

Celimendiz, Pedro. (2023) *Construyendo conocimiento desde la práctica. Una ponencia-comedia en siete capítulos y diez consejos para resituar el Trabajo Social en el Sistema de Servicios Sociales*. Trabajo Social en esencia. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/files/63b2bf3765fe7/libro_ponencias_final.pdf

Cubero, Marta y Yusta, Rubén. (2021). *Marco para el desarrollo de la Atención Centrada en la Persona y la humanización de los apoyos y los cuidados en el ámbito de la gerontología*. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. https://www.comtrabajosocial.com/wp-content/uploads/2022/01/Atencion-Centrada-en-la-Persona-y-humanizacion-de-los-apoyos_removed.pdf

Consejo General del Trabajo Social (2012) *Código Deontológico De trabajo social*. Madrid: Autor. Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

Fernández, Tomás y Ponce, Laura. (2019). *Trabajo Social individualizado: metodología de intervención*. Alianza Editorial.

Estudio de caso de alta complejidad: intervención y acompañamiento desde el trabajo social a mujer afectada de parkinsonismo y trastorno bipolar

Fundación Dégen. (31 de agosto de 2020). No los confundas: diferencia entre párkinson y parkinsonismo. *Conoce el Parkinson*. Autor. Disponible en: <https://conoceelparkinson.org/diagnostico/diferencias-parkinson-parkinsonismo/>

Intagliata, James. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674

Ituarte, Amaya. (Coord.). (2017). *Prácticas del trabajo social clínico*. Nau Libres.

Jiménez, Elisa (2023). La autocuratela en la ley 8/2021. *Anales de derecho y discapacidad*, 8, 79-106.

LEY 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE, núm. 132, de 03/06/2021. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/1/2021/06/02/8/con>

Lima, Ana Isabel. (2017). Trabajo Social ante la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria. *Fundación Caser*. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/1901.pdf>

López, Patricia. (2019). Parkinsonismo inducido por fármacos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 54(3), 181-183. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-parkinsonismo-inducido-por-farmacos-S0211139X18306711>

Martín, Maite. (2013). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Consejo General del Trabajo Social. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/araba/publicaciones/manual-de-indicadores-para-el-diagnostico-social/46/view>

Martínez, Alejandro y Zamanillo, Teresa (2022). Equipos profesionales, conflicto y complejidad en la intervención social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 12, 19-32. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/24085>

Massons Maria Teresa; Mata, Ana y Rivera, Juan Manuel. (2018). *Recomendación colegial para la confección y presentación de informes sociales*. Colegio Oficial de Treball Social de Catalunya. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/INFORMES%20SOCIALES%20TSCAT-CAST.pdf>

Prenger, Margaret. Tm, Madray, Racheal, Van Hedger, Kathrynne, Anello, Mimma, Y Macdonald, Penny. A. (2020). *Social Symptoms of Parkinson's Disease*. Hindawi. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8846544>

Moreno, Sandra. (2023) El trabajo social en el ámbito sociosanitario. *“Cuidamos”*. Disponible en: <https://cuidamosmundi.com/el-trabajo-social-en-el-ambito-sociosanitario/>

Naciones Unidas Derechos Humanos (2014). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Guía de formación, n.19. Autor.Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf

Navarro, Belén. (26 de septiembre de 2023). Metamorfosis. *El blog de Belén Navarro: trabajo social y tal....* Disponible en: <https://trabajosocialytal.com/2023/09/metamorfosis>.

Ormaetxea, Izaskun; Duque, Txema y Laka, Arantza. (2020) *El desarrollo conceptual del diagnóstico social en juego la identidad y pervivencia del trabajo social como disciplina científica*. 122, pp.11-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7989654>

Padgett, D.K. (2009) Qualitative and mixed in social work Knowledge development, en *Social Work*, Vol 54, 2, 101-105.

Raya, Esther y Caparrós, Neus. (2014). Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social*. 27. Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.42645

Richmond, Mary Ellen. (1964) *Social Diagnosis*. <https://archive.org/details/socialdiagnosis00richiala>

Sarabia, Alicia (2009). Los agentes de la gestión de caso. Perfil profesional en las Políticas Sociales En Europa. *CAIRN, Mundo Plural*. 25-26(1-2), 193-204. Disponible en: <https://www.cairn-mundo.info/revista-las-politicas-sociales-en-europa-2009-1-page-193.htm>